

HOITAJIEN SUHTAUTUMINEN PSYYKENLÄÄKKEISIIN JA NIIDEN KÄYTTÖÖN KEMIALLISENA RAJOITTEENA IKÄÄNTYNEIDEN PITKÄAIKAISHOIDOSSA

Anna-Mari Valkohaapa

Pro gradu -tutkielma
Helsingin yliopisto
Farmasian tiedekunta
Sosiaalfarmasian osasto

Tammikuu 2014

HELSINGIN YLIOPISTO - HELSINGFORS UNIVERSITET - UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Farmasian tiedekunta		Laitos/Institution– Department Sosiaalfarmasia	
Tekijä/Författare – Author Anna-Mari Valkohaapa			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Hoitajien suhtautuminen psyykenlääkkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa			
Oppiaine /Läroämne – Subject Sosiaalfarmasia			
Työn laji/Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma		Aika/Datum – Month and year Tammikuu 2014	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 89 + 8
Tiivistelmä/Referat – Abstract			
<p>Pitkäaikaishoidossa asuvat ikääntyneet käyttävät Suomessa runsaasti lääkkeitä ja erityisesti psyykenlääkkeiden käyttö on yleistä. Potilasta tai asukasta voidaan joskus joutua rajoittamaan fyysisesti tai kemiallisesti. Kemiallisella rajoittamisella on monia määritelmiä: se voidaan kuvata esimerkiksi lääkkeen, yleensä psyykenlääkkeen, käytöksi siten, että sen yksinomaista tarkoituksena on rajoittaa potilaan liikkumista tai muuta toimintaa ja hillitä hänen käyttäytymistään. Hoitohenkilökunta on avainasemassa päätettäessä tarvittavien lääkkeiden käytöstä ja kemiallisesta rajoittamisesta. Suomessa on tällä hetkellä valmistelussa laki, joka turvaa potilaan ja asukkaan itsemääräämisoikeuden mahdollisimman kattavasti ja asettaa puitteet fyysisille rajoittamistoimille.</p> <p>Kemiallisesta rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsin on tehty hyvin vähän tutkimuksia. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli antaa lisätietoa hoitajien tietämyksestä, käsityksistä ja asenteista psyykenlääkkeistä ja kemiallista rajoittamista kohtaan sekä siitä, miten edellä mainitut seikat vaikuttavat päätöksentekoon kemiallisen rajoittamisen käyttämisestä. Tutkimus toteutettiin ryhmäkeskustelumenetelmällä. Hyvinkään kaupungin vanhainkotien ja palvelukeskusten hoitajille (n=13) järjestettiin kolme ryhmäkeskustelua. Osallistujat rekrytoitiin sähköpostitse sekä suoraan osastoilla kierellen. Ryhmäkeskustelut nauhoitettiin osallistujien luvalla ja keskustelut litteroitiin sanatarkasti. Analyysiin käytettiin analyttistä vertailumenetelmää.</p> <p>Tutkimuksen perusteella suuri osa pitkäaikaishoidossa käytössä olevista psyykenlääkkeistä oli käytössä listalääkkeinä. Hoitajat voivat olla epävarmoja tiedoistaan lääkkeiden ja lääkehoidon suhteen. Farmakologisen osaamisen lisääminen osastoilla on tärkeää, ja myös lisäkoulutusta dementiaa sairastavien hoidosta kaivattiin.</p> <p>Kemiallinen rajoittaminen ei ole käsitteenä yksiselitteinen hoitohenkilökunnalle ja sen käyttäminen on eettisesti monimutkainen kysymys, sillä käytön perustelut ja vaikutukset ovat vahvasti tilannesidonnaisia. Hoitajien mielestä kemiallinen rajoittaminen on oikeutettua, kun asukkaiden turvallisuus täytyy taata, helpottaa heidän ahdistunutta oloaan tai taata henkilökunnan työnteon edellytykset. Muita syitä kemialliseen rajoittamiseen olivat mm. henkilökunnan vajaamiehitys ja omaisten vaatimukset. Yhteisten toimintalinjojen ja -periaatteiden puute osastoilla aiheuttaa hämmennystä ja variaatioita kemiallisen rajoittamisen käyttämisessä. Yhteistyötä ja yhteistä aiheeseen liittyvää keskustelua kaivattiin.</p> <p>Hoitohenkilökunta nimesi monia vaihtoehtoja kemialliselle rajoittamiselle, kuten rauhoittelu ja turvallisuuden tunteen luominen, päivärutiinit ja virikkeet. Mm. henkilökuntatilanne osastoilla määräsi, kuinka paljon vaihtoehtoisia toimintatapoja käytettiin. Koulutus voi tuottaa lisää vaihtoehtoja kemialliselle rajoittamiselle ja herättää henkilökuntaa huomaamaan uusia tai unohtuneita toimintatapoja.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Hoitajat, kemiallinen rajoittaminen, PKV-lääkkeet, psyykenlääkkeet, eettisyys, ikääntyneet, pitkäaikaishoito			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Sosiaalfarmasian osasto			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Ohjaajat: Anni Karpila, Marja Airaksinen			

HELSINGIN YLIOPISTO - HELSINGFORS UNIVERSITET - UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Faculty of Pharmacy		Laitos/Institution– Department Division of Social Pharmacy	
Tekijä/Författare – Author Anna-Mari Valkohaapa			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Nurses' perceptions of antipsychotics and their use as chemical restraints in long-term care of older people			
Oppiaine /Läroämne – Subject Social Pharmacy			
Työn laji/Arbetets art – Level Master's thesis		Aika/Datum – Month and year January 2014	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages 89 + 8
Tiivistelmä/Referat – Abstract			
<p>In Finland the elderly residents of long-term care facilities are often prescribed a lot of medications, especially psychotropic drugs. It also happens that a patient or a resident has to be physically or chemically restrained. Chemical restraining can be defined in many ways, for example as using a drug – usually an antipsychotic – to restrict the freedom or movement of a patient and to control his or her behavior. In nursing homes the staff is in a key position when it comes to deciding on the use of chemical restraining or PRN medication. A legislation to guarantee the self-determination of a patient and to define how physical restraining can be used is now being prepared in Finland.</p> <p>Only a few studies on chemical restraining from a nurses' point of view have been made so far. Thus, the aim of this study is to provide more information on the level of knowledge, the attitudes and perceptions of nurses regarding chemical restraining and the effect of those on deciding whether to use chemical restraints or not. Three focus groups with nurses were conducted in Hyvinkää nursing homes (n=13). The groups were recruited both by e-mail and directly from the wards. The focus group discussions were digitally audiotaped and transcribed verbatim. The content of the transcripts was then analyzed using a constant comparative method.</p> <p>According to the study most of the antipsychotics used in long-term care were used daily. However, it is not uncommon for the nurses to be unsure about their knowledge on the use of medicines. It is thus important to help the nursing staff to increase their knowledge and skills in pharmacology. The nurses also wished to get extra training for treating people with dementia.</p> <p>The concept of chemical restraining is quite ambiguous, and the use of chemical restraints is a complex ethical issue because the reasons for and effects of administering it vary depending on the situation. The study shows that the chemical restraining is most often considered justified when it is used to ensure the safety of a patient, relieve anxiety or to keep the working conditions of the staff tolerable. Also a shortage of manpower and a request by the family can influence the decision on using chemical restraints. The lack of proper common guidelines causes confusion and wide variation in the use of chemical restraints. Many interviewees were hoping for more open discussion and cooperation on using chemical restraining.</p> <p>The nurses also mentioned many alternatives to rely on instead of using chemical restraints, such as soothing, comforting and creating a safe feeling for the patients, daily routines and stimulus. One of the key factors for taking to these instead of chemical restraints are the manpower resources in the facilities. Educating the staff can also help them to find more options for chemical restraining and make staff members recognize new or remember forgotten routines for caring for the patients without using psychotropic drugs.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Nurses, chemical restraint, antipsychotics, ethics, older people, long-term care			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Division of Social Pharmacy			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Supervisors: Anni Karppila, Marja Airaksinen			

ESIPUHE

Tätä pro gradua oli antoisaa tehdä. Alkuvaikeuksien jälkeen työ imaisi mukanaan, kuten luotinkin sen tekevän. Olen kiitollinen, että sain tehdä työni näin kiinnostavasta aiheesta ja hyödyntää myös sairaanhoitajan koulutustani.

Kiitän suuresti ohjaajiani Anni Karppilaa ja Marja Airaksista. Kiitän myös Marika Pohjanoksa-Mäntylää neuvoista ja opiskelijakollega Tiina Pakarista ja hyvää ystävääni Marika Lylyä oikolukuavusta ja arvokkaista kommentteista. Ilman teknistä tukea olisin saanut suuret määrät lisää harmaita hiuksia, joten suurkiitokset myös Mikko Töykkälälle - tehtiin se.

Kiitokset kaikille rakkaille ystävilleni, jotka ovat minua tukeneet. Tämä työ valmistui haasteellisen elämäntilanteen keskellä, joten voin kiittää myös suomalaista sisua ja jääräpäisyyttä sekä vanhempiani, joilta olen ne perintötekijöiksi saanut.

Toivon, että työni omalta osaltaan edistää Suomessa käytävää ajankohtaista keskustelua vanhustenhoidosta ja niistä olosuhteista, missä sitä nykypäivänä tehdään, sekä edesauttaa pyrkimystä ikääntyneiden parempaan kohteluun.

Espoossa 15.1.2014

Anna-Mari Valkohaapa

MÄÄRITELMÄT

Antipsykootti: Psykoosilääke.

Atyyppinen psykoosilääke: Uuden sukupolven psykoosilääke, esim. ketiapiini, olantsapiini, risperidoni. Kehitetty perinteisten psykoosilääkkeiden aiheuttamien sivuvaikutusten välttämiseksi.

Ikääntynyt, iäkäs: Yli 65-vuotias.

Konventionaalinen psykoosilääke: Perinteinen, vanhan polven psykoosilääke, esim. haloperidoli, klooripromatsiini.

Neurolepti: Lähinnä psykoosien hoitoon käytetty lääkeaine, joka vaikuttaa rauhoittavasti, vähentää alttiutta ärsykeille ja estää aistiharhoja sekä ajatushäiriöitä. Esimerkiksi haloperidoli, ketiapiini.

PKV-lääke: Pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttava lääke.

Psyykenlääke, psykotrooppi, psyykeen vaikuttava lääke: Määritelmä, joka kattaa esimerkiksi psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet ja unilääkkeet. Tässä tutkimuksessa psyykenlääkkeillä tarkoitetaan antipsykoottisia lääkkeitä, masennuslääkkeitä, unilääkkeitä, ahdistuslääkkeitä, mielialantasaajalääkkeitä, epilepsialääkkeitä, opioideja ja erikseen määriteltäviä muita lääkkeitä.

Vanhus: Yleisimmin tarkoitetaan yli 75-vuotiaita. Käytetään tässä tutkimuksessa iäkkään tai ikääntyneen synonyyminä niiltä osin, miten sana ilmenee muissa tutkimuksissa tai tekstien yhteydessä.

SISÄLTÖ

I KIRJALLINEN OSA.....	1
1. JOHDANTO	1
2. IKÄÄNTYNEIDEN LÄÄKKEIDENKÄYTTÖ	3
2.1 Ikääntyneiden lääkkeidenkäytön erityispiirteet.....	3
2.2 Dementian käytösoireiden lääkehoito	6
3. KEMIALLINEN RAJOITTAMINEN	8
3.1 Lääkkeiden oikea ja virheellinen käyttö	8
3.2 Kemiallisen rajoittamisen määritelmä ja siihen käytetyt lääkkeet	11
3.3 Kemiallisesta rajoittamisesta tehdyt tutkimukset	14
3.4 Itsemääräämisoikeus ja laki	18
4. KEMIALLINEN RAJOITTAMINEN JA HOITOTYÖ	20
4.1 Kemiallisen rajoittamisen syyt	20
4.2 Hoitajien suhtautuminen kemialliseen rajoittamiseen ja sen merkitys	22
4.3 Kemiallisesta rajoittamisesta hoitotyössä tehdyt tutkimukset.....	23
4.4 Kemiallisen rajoittamisen vähentäminen hoitotyön keinoin	25
4.4.1 Levottomuus oireena.....	25
4.4.2 Hoitotyön keinot levottomuuden hoidossa ja kemiallisen rajoittamisen vaihtoehtona	26
4.4.3 Kemiallisen rajoittamisen päätöksentekopolku	29
II EMPIIRINEN OSA	32
5. TAVOITTEET	32
6. AINEISTO JA MENETELMÄT	33
6.1 Ryhmähaastattelu tutkimusmenetelmänä	33
6.2 Haastatteluihin osallistuneet hoitajat ja keskustelujen toteutus	34
6.3 Keskustelurunko ja taustatietolomake	35
6.4 Aineiston analysointi	36
6.5 Tutkimuksen eettisyys.....	37
7. TULOKSET.....	38
7.1 Vanhainkotien osastoilla käytössä olevat lääkkeet ja hoitajien kokemukset niistä	38
7.2 Kemiallinen rajoittaminen ja sen määrittely.....	45

7.3	Kemiallisen rajoittamisen syyt	47
7.4	Kemiallisen rajoittamisen eettisyys.....	54
7.5	Kemiallisen rajoittamisen käsittely työyhteisössä	59
7.6	Kemiallisen rajoittamisen vaihtoehdot	61
7.7	Yhteenveto tuloksista.....	65
8.	POHDINTA.....	67
8.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	67
8.2	Lääkkeet	69
8.3	Kemiallisen rajoittamisen määrittely ja syyt	70
8.4	Kemiallisen rajoittamisen eettisyys.....	72
8.5	Työyhteisön merkitys kemiallisessa rajoittamisessa.....	75
8.6	Koulutuksen merkitys kemiallisessa rajoittamisessa	76
8.7	Valmisteilla olevan lain merkitys kemialliseen rajoittamiseen	78
8.8	Kemiallisen rajoittamisen vaihtoehdot	79
8.9	Jatkotutkimukset	81
9.	JOHTOPÄÄTÖKSET	81
10.	KIRJALLISUUSLUETTELO	83

I KIRJALLINEN OSA

1. JOHDANTO

Vuonna 2012 Suomessa asui vanhainkodeissa noin 13 500 ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä noin 32 000 henkilöä (THL 2014). Ikääntyneille tarkoitettujen sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen rakenne on muuttunut 2000-luvulla: tehostetun palveluasumisen asiakkaiden määrä ja osuus on jatkuvasti kasvanut, ja samalla vanhainkotien ja tavallisen palveluasumisen asiakasmäärät ovat pienentyneet. Ikääntyneille tarkoitettujen sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen yhteenlaskettu asiakasmäärä on noussut noin 35 prosenttia 2000-luvulla. Vaikka ikääntyneiden osuus väestöstä on kasvanut, on näitä palveluja saavien ikääntyneiden suhteellinen osuus säilynyt kuitenkin ennallaan. 75 vuotta täyttäneistä laitos- ja asumispalveluja saaneiden osuus on ollut noin 10 prosenttia koko 2000-luvun ajan.

Pitkäaikaishoidossa asuvat ikääntyneet käyttävät Suomessa runsaasti lääkkeitä ja erityisesti psyykenlääkkeiden käyttö on yleistä (Alanen ym. 2006, Hosia-Randell ja Pitkälä 2005). Lääkehoidon kokonaisuutta ja sopimattomien lääkkeiden käyttöä tulisi erityisesti tarkastella ikääntyneillä, koska lääkkeiden farmakokinetiikka ja –dynamiikka muuttuu ja lääkkeen ja sen sivuvaikutusten sietokyky voi olla alentunut (Kivelä ja Räihä 2007). Monilääkitys iäkkäillä on yleistä. Näyttö lääkehoidon vaikuttavuudesta on usein puutteellista: lääketutkimukset tehdään yleensä työikäisellä väestöllä, eikä tehokkuus- ja turvallisuusaineistoa ikääntyneille ole saatavissa.

Potilaan rajoittaminen voi olla fyysistä tai kemiallista. Laitoshoidossa rajoittamista käytetään yleensä ehkäisemään potilaan itsensä tai toisten vahingoittamista (Thurmond 1999). Potilaan fyysinen rajoittaminen voi olla esimerkiksi potilaan sitomista, jotta hän ei putoaisi sängystä tai tuolista. Kemiallisella rajoittamisella on useita eri määritelmiä. Kivelä ja Koistinen (2010) määrittelevät kemiallisen rajoittamisen lääkkeen, yleensä psyykenlääkkeen, käytöksi ilman lääketieteellisiä

perusteita siten, että sen yksinomaisena tarkoituksena on rajoittaa potilaan liikkumista tai muuta toimintaa ja hillitä hänen käyttäytymistään. Kemiallisella rajoittamisella poistetaan potilaan itsemääräämisoikeus ja päätöksentekokyky (Thurmond 1999). Psykykläkkeet, erityisesti psykoosiläkkeet ja rauhoittavat lääkkeet, ovat yleisimpiä kemiallisia rajoitteita (Kivelä ja Koistinen 2010).

Läkkeiden käyttöä kemiallisena rajoitteena on dokumentoitu, mutta on olemassa vain vähän tutkimuksia ilmiön yleisyydestä, luonteesta tai sen ehkäisemisestä (Nurminen ym. 2009). Vielä vähemmän on tehty tutkimuksia kemiallisesta rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen kemialliseen rajoittamiseen on tärkeää, koska hoitotyöntekijöiden käsitykset iäkkäiden sairauksista ja käyttäytymisestä ohjaavat kemiallisten rajoitteiden käyttöä voimakkaammin kuin lääketieteellisesti diagnosoitujen sairauksien hoitosuositukset (Sørensen ym. 2001). Vaikka lääke olisi tarkoitettu tarvittaessa käytettäväksi, hoitohenkilökunta tekee lopullisen päätöksen lääkkeen käyttämisestä (Avorn 1995).

Suomessa ei ole voimassaolevaa lainsäädäntöä, joka oikeuttaisi vanhusten itsemääräämisoikeuteen puuttumisen somaattisen hoidon tai vanhainkotihoiton aikana. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee parhaillaan lakia, jonka turvaa potilaiden ja asukkaiden itsemääräämisoikeuden mahdollisimman laajasti: samalla rajoittamistoimille on tulossa tarkat, lakiin perustuvat rajat (STM 2013). Lain ydinasiana on varmistaa, ettei pakkoa käytetä mielivaltaisesti, ja että päätökset ovat ennakoitavia. Lain soveltamisen pääkohteiksi ovat tulossa muistisairaiden ja kehitysvammaisten hoito sekä akuutti- ja päivystystilanteet. Uuden lain valmistelu alkoi heinäkuussa 2010, ja hallituksen esitys otetaan eduskunnan käsittelyyn todennäköisesti alkuvuodesta 2014.

Tietoisuus ikääntyneiden hyvästä hoidosta ja hoidon epäkohdista sekä itsemääräämisoikeudesta on kasvanut 2000-luvulla: tämä sekä pyrkimys vanhainkodin asukkaiden tai potilaiden ja hoitohenkilökunnan vastuun, oikeuksien ja velvollisuuksien tasapainon löytämiseksi on tehnyt lisätutkimukset tarpeellisiksi. Tämä pro gradu -tutkimus on tehty LL Anni Karppilan Turun yliopistoon tehtävän väitöskirjatutkimuksen

”Kemiallinen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa” yhteydessä. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa lisätietoa hoitajien tietämyksestä, käsityksistä ja asenteista psyykenlääkkeitä ja kemiallista rajoittamista kohtaan sekä siitä, miten edellämainitut seikat vaikuttavat päätöksentekoon kemiallisen rajoittamisen käyttämisestä.

2. IKÄÄNTYNEIDEN LÄÄKKEIDENKÄYTTÖ

2.1 Ikääntyneiden lääkkeidenkäytön erityispiirteet

Ikääntyneet sairastavat paljon ja käyttävät runsaasti lääkkeitä (Pitkälä ym. 2006). Suomessa yli 80 prosenttia laitoshoidossa olevista ja 12 prosenttia kotona asuvista ikääntyneistä käyttää psyykenlääkkeitä, lähinnä bensodiatsepiineja tai psykoosilääkkeitä (ETENE-raportti 2008). Joka neljäs iäkkäistä käyttää vähintään kymmentä lääkettä (Jyrkkä 2011). Monilääkityt iäkkäät käyttävät keskimäärin kolmea eri lääkettä yhtä sairautta kohden. Ikääntyneiden monilääkehoito on haasteellista, sillä ikään liittyvien normaalien lääkeaineenvaihdunnan muutosten vuoksi ikääntyneet ovat erityisen herkkiä lääkkeiden haittavaikutuksille ja interaktioille (Pitkälä ym. 2006). Normaaileja ikääntymismuutoksia ovat mm. munuaisten toiminnan merkittävä heikkeneminen, kehon vesimäärän pieneneminen ja rasvan suhteellisen osuuden kasvu sekä seerumin albumiinipitoisuuden aleneminen: nämä aiheuttavat monia farmakokineettisiä muutoksia lääkkeen imeytymisessä, jakautumisessa ja metaboliassa. Lääkkeiden kohde-elinten reseptorien vaste lääkitykselle voi muuttua, mikä aiheuttaa farmakodynaamisia muutoksia lääkkeen vaikutuksessa.

Lääkehaitat ovat iäkkäillä yleisempiä ja ilmentymiltään erilaisia kuin nuoremmilla lääkkeenkäyttäjillä, koska vanheneminen ja sairaudet voivat monin tavoin kaventaa elimistön reservejä ja heikentää kompensatoristen mekanismien toimintaa (Lönnroos 2013). Kaatuminen on tyypillisin ja vakavin erityisesti iäkkäitä koskeva yksittäinen lääkehaitta (Howland 2009). Psyykenlääkkeet voivat altistaa kaatumiselle useilla

suorilla ja epäsuorilla mekanismeilla (taulukko 1). Lääkkeiden aiheuttama väsymys, sekavuus, näkökyvyn muutokset, verenpaineen vaihtelu ja rytmihäiriöt, tasapainohäiriöt sekä lihaskoordinaation heikkeneminen voivat edesauttaa kaatumista. Kaatumisilla on myös välillisiä vaikutuksia, jos kaatumisesta aiheutuva liikkumisen pelko vähentää fyysistä aktiivisuutta: tällöin vanhuksen koordinaatiokyky heikkenee harjoituksen puutteessa ja kaatumisalttius lisääntyy entisestään (Lönnsroos 2013). Seurauksena on sosiaalisen aktiivisuuden lasku ja elämänlaadun heikkeneminen. Psyykenlääkkeet huonontavatkin ikääntyneen toimintakykyä ja voivat lisätä hoidon tarvetta (ETENE-raportti 2008).

Taulukko 1. Psyykenlääkkeiden kaatumisvaaraa lisäävät vaikutukset (Lönnsroos 2013).

LÄÄKERYHMÄ	KAATUMISVAARAA LISÄÄVÄ MEKANISMI
Bentsodiatsepiinit ja -johdannaiset, esim. diatsepaami, tematsepaami	Sedaatio ¹ , huimaus, hermolihaskoordinaation ja kognitiivisen toiminnan heikentyminen
Masennuslääkkeet ❖ trisykliset, esim. amitriptyliini ❖ serotoniinin takaisinoton estäjät, esim. sitalopraami ❖ kaksikanavaiset ⁵ , esim. venlafaksiini	Ortostaattinen hypotensio ² , sedaatio, näön sumeneminen, ataksia ³ , sekavuus, hyponatremia ⁴ Muistin heikentyminen, väsymys, pahoinvointi, hyponatremia
Psykoosilääkkeet, erityisesti perinteiset	Ortostaattinen hypotensio, sedaatio, huimaus, näön sumeneminen, ekstrapyramidaalioireet ⁶

¹ Sedaatio= väsymys

² Ortostaattinen hypotensio= pystyasennossa ilmenevä verenpaineen lasku

³ Ataksia= hapuilu, hapanointi, tahdonalaisten lihasten keskushermostoperäinen yhteistoimintahäiriö

⁴ Hyponatremia= veren natriumpitoisuus liian alhainen, mikä aiheuttaa väsymystä, voimattomuutta, päänsärkyä, pahoinvointia, lihaskramppeja, lihasheikkoutta, hermostoireita, kouristelua ja sekavuutta

⁵ Kaksikanavainen masennuslääke= vaikuttaa sekä serotoniinin että noradrenaliinin takaisinottoon

⁶ Ekstrapyramidaalioireet= perinteisten antipsykoottien aiheuttamia haittaoireita: mm. parkinsonismi, lihassupistukset, kasvojen pakkoliikkeet ja ruumiillinen levottomuus

Vaikka iäkkäät käyttävät paljon lääkkeitä, on heidän toisaalta todettu saavan liian vähän näyttöön perustuvia hoitoja (Sloane ym. 2004). Näyttöön perustuva hoito voidaan yleisesti määritellä parhaan, ajantasaisen tiedon hankkimiseksi sekä sen järjestelmälliseksi, kriittiseksi ja harkituksi käytöksi sekä arvioinniksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä (Banning 2005). Näyttö lääkehoidon vaikuttavuudesta iäkkäillä on usein puutteellista, koska lääketutkimukset tehdään yleensä työikäisellä väestöllä, eikä tehokkuus- ja turvallisuusaineistoa ikääntyneillä ole saatavissa. Ikääntyneet pudotetaan lääketutkimuksista pois useimmiten siksi, että heillä on liitännäissairauksia ja he ovat monilääkittyjä (Banerjee ja Dickinson 1997). Esimerkiksi vanhuspsykiatriassa nykyisten tutkimusten yleistettävyyden ongelmallista.

Iäkkäillä vältettävistä lääkkeistä on tehty useita kriteeristöjä eri maissa, kuten Beersin kriteeristö USAssa, Laroche'n kriteeristö Ranskassa sekä Ruotsin Socialstyrelsenin laatuindikaattorit (Ahonen 2011). Suomessa Fimea ylläpitää iäkkäiden lääkityksen tietokantaa, joka perustuu edellämainittuihin kriteeristöihin: tietokanta on tarkoitettu ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Taulukkoon 3 sivuilla 12-13 on koottu ikääntyneiden hoidossa haasteellisia psyykeen vaikuttavia lääkkeitä.

Suomessa on käytössä Käypä hoito -suositukset psyykenlääkkeiden käytöstä Alzheimerin taudin käytösoireiden hoitoon sekä Therapia Fennican hoitosuositus äkillisen sekavuustilan hoitoon. Therapia Fennicasta löytyy myös luku vanhusten psyykkisistä häiriöistä lääkesuosituksineen ja yleistä tietoa vanhusten psyykenlääkehoidosta. Koska iäkkäiden psyykenlääkitys on haasteellista, ainakin seuraavia seikkoja tulisi pohtia, ennen kuin lääkitys aloitetaan (Avorn ja Gurwitz 1995):

1. Millainen ongelma pitää saada ratkaistuksi?
2. Onko lääke tarpeen?
3. Onko käytettävissä ei-lääkkeellisiä keinoja?
4. Onko kyseessä pienin mahdollinen annos?
5. Voisiko lääkityksen keskeyttäminen vähentää oireita?
6. Onko lääkkeellä odotettavissa sivuvaikutuksia?

7. Onko kyseessä kustannustehokkain vaihtoehto?
8. Millä kriteereillä ja minkä ajan kuluttua lääkehoidon vaikutusta arvioidaan?

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2007 kuntatiedotteen kuntien velvotteista vanhusten turvallisen lääkehoidon järjestämiseksi. Ongelmallinen psyykenlääkkeiden käyttö on keskeisin lääkehoidon haaste laitoshoidossa: näitä ovat antipsykoottien ja rauhoittavien tai unilääkkeiden käyttö ilman indikaatioita, säännöllinen unilääkkeiden käyttö, usean rauhoittavan lääkeaineen samanaikainen käyttö sekä opioidien käyttö. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, että tarvittaessa määrätty lääkitys muuttuu usein säännölliseksi lääkitykseksi, ja siksi sitä olisi syytä välttää. Erityisesti laitoksissa aloitettu lääkitys jää helposti pysyvään käyttöön, eikä lääkehoidon tarpeellisuutta arvioida riittävän usein. Ylipäätään lääkityksiä on helpompi aloittaa laitoksissa, ja uskallus niiden vähentämiseen tai lopettamiseen puuttuu (Hartikainen ja Seppälä 2007, Pitkälä ym. 2006). Kuitenkin esimerkiksi dementiaan kuuluvat käytösoireet ovat luonteeltaan kausittaisia, joten lääkehoidon tarpeellisuutta tulisi arvioida säännöllisin väliajoin (Alanen ym. 2006). Laitoshoidossa olevalle vanhukselle lääkityksen säännölliset arviointikierron ovat hyödyllisiä: lääkkeitä käyttävän vanhuspotilaan lääkityksen tarpeen ja turvallisuuden arviointi olisi tehtävä vähintään kerran vuodessa (STM 2007). Hoitavan lääkärin vastuulla on lääkityksen yhteensopivuuden säännöllinen arviointi, mutta erityisesti iäkkäiden lääkehoidossa korostuu hoitohenkilökunnan osaaminen, arviointikyky ja vastuu.

2.2 Dementian käytösoireiden lääkehoito

Yleisin syy ikääntyneen laitoshoidoon joutumiselle on dementia ja siihen liittyvät käytösoireet ja psykologiset oireet (Hosia-Randell ja Pitkälä 2005). Dementian käytösoireisiin kuuluvat mm. aggressiivisuus, levottomuus, uni-valverytmin häiriöt ja ahdistuneisuus (Hartikainen 2007). Käytösoireiden hoidon tavoitteena on lyhentää oireiden kestoja ja harventaa niiden esiintymistiheyttä, vähentää seurannaisvaikutuksia, parantaa potilaan elämänlaatua ja lievittää hoitajan stressiä. Ensisijaisia keinoja käytösoireiden hoidossa tulisi olla oireilun syyn selvittely ja

lääkkeettömät hoitokeinot. Tämä ei kuitenkaan ole vallitseva hoitokäytäntö, vaan psyykenlääkkeitä käytetään yleisesti.

Alasen ym. (2006) tutkimuksessa sosiaalisesti häiritsevä käyttäytyminen oli merkittävämpi selittäjä psykoosilääkkeiden käytölle kuin psykoosidiagnoosi tai psykoottiset oireet. Psykoosilääkkeet oli määrätty hallusinaatioiden, sanallisen ja fyysisen aggressiivisuuden, sosiaalisesti häiritsevän käytöksen, vaeltelun ja depressiivisten oireiden hoitoon. Vallitseva hoitokäytäntö poikkeaa suosituksista: yhdysvaltalainen vanhuspsykiatrian asiantuntijaryhmä suosittelee psykoosilääkkeiden käyttöaiheiksi skitsofrenian, psykoottisen manian ja depression, harhaluuloisuushäiriön ja dementoituneen psykoottisoireisen agitaation (Alexopoulos ym. 2004).

Psyykenlääkkeisiin kohdistetaan osin epärealistisia odotuksia hoidettaessa dementoituneiden käytösoireita (Alanen ym. 2006). Yksittäisistä lääkeaineista risperidonilla ja olantsapiinilla on kohtalainen näyttö dementiaan liittyvien käytösoireiden hoidossa. Risperidonilla on myös ainoana psykoosilääkkeenä Suomessa virallisena käyttöindikaationa dementian vaikeat käytösoireet. Pharmaca Fennicassa (2013) risperidonin käyttö käytösoireiden hoidossa rajataan selvästi: se on tarkoitettu kohtalaiseen tai vaikeaan Alzheimerin taudista johtuvaan dementiaan liittyvien pitkäkestoisten aggressioiden lyhytaikaiseen, korkeintaan 6 viikkoa kestävään, hoitoon, kun lääkkeettömillä hoidoilla ei ole saatu vastetta ja potilas saattaa aiheuttaa vahinkoa itselleen tai muille. Klotsapiinin vaikutuksesta käytösoireisiin ei ole kunnollista tutkimusnäyttöä (Alanen ym. 2006). Vanhoista neurolepteistä ainoastaan haloperidolilla on viitteellistä näyttöä aggressiivisuuden hoidossa: muiden vanhojen neuroleptien teho käytösoireisiin on korkeintaan keskinkertainen ja niiden käyttöön liittyy runsaasti haittavaikutuksia.

Dementoituneen henkilön psykoottisen oireilun hoito tulisi aloittaa Alzheimerin taudin lääkkeillä, ja vasta kun ne eivät auta, tulisi siirtyä psykoosilääkkeiden käyttöön (Hartikainen 2007). Psyykenlääkehoidon merkitys on keskeinen, kun hoidetaan

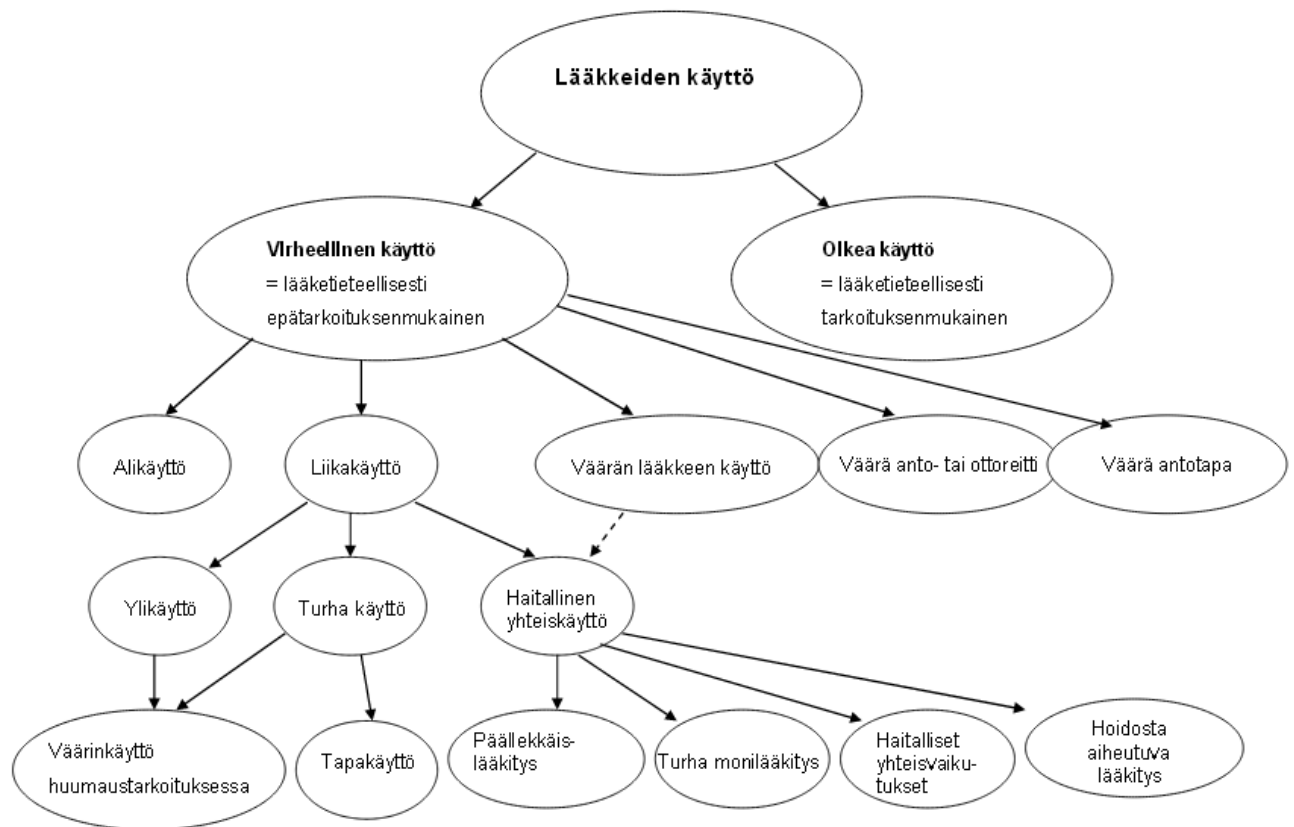
dementiaan liittyviä aistiharhoja tai harhaluuloja (Alanen 2006). Käyttöoireet esiintyvät dementiapotilailla jaksottaisesti, mutta psykoottiset käyttöoireet kestävät usein kuitenkin useita kuukausia. Dementiapotilaan psykoosilääkitys tulee aloittaa pienellä annoksella ja edetä hitaasti käyttäen pienintä tehokasta annosta. Psykoosilääkkeen avulla osa potilaan oireista lievittyy, osa oireista jää ja osa voi ilmaantua myöhemmin uudestaan.

3. KEMIALLINEN RAJOITTAMINEN

3.1 Lääkkeiden oikea ja virheellinen käyttö

Stakes (nykyinen Terveystieteiden tutkimuskeskus) ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO aloittivat potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston laatimistyön vuonna 2005. Työn taustana oli, että potilasturvallisuuteen liittyvään keskusteluun haluttiin suomenkielinen, yhdenmukaisen käyttötavan ja keskustelun mahdollistava sanasto tai termistö: yhteisen kielen ja sanaston puute vaikeuttaa kommunikaatiota ja on omiaan aiheuttamaan väärinkäsityksiä.

Lääkkeiden oikea käyttö tarkoittaa sanaston mukaan sitä, että lääke auttaa hoidettavaan sairauteen tai oireeseen ja sen haittavaikutukset ovat hyväksyttävät suhteessa tehoon ja potilaan tilaan (THL 2007). Lääke on määrätty, toimitettu ja annettu oikein. Lääkkeen käytöstä on sovittu potilaan kanssa ja se on käytetty sopimuksen mukaisesti. Lääkkeen käyttö jaetaan kuvan 1 mukaisesti useampaan osaluokkaan:



Kuva 1. Lääkkeiden oikeaan ja virheelliseen käyttöön liittyvä sanasto (THL ja Rohto 2007)

Kuvaan 1 liittyvää termistöä on selitetty taulukossa 2. Kaikkia virheellisen lääkkeidenkäytön muotoja esiintyy ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa, etenkin lääkkeen ali- ja liikakäyttöä alaryhmineen.

Taulukko 2. Lääkkeiden virheellinen käyttö (THL 2007)

Lääkkeen alikäyttö	Potilas ei saa tarvitsemaansa lääkettä. Sisältää lääkkeen määräyksen laiminlyönnin, liian pienen annostelun ja lääkkeen annon tai ottamisen laiminlyönnin.
Lääkkeen liiakäyttö	Yleiskäsite, joka kuvaa sitä, että lääkitystä on enemmän kuin on tarkoituksenmukaista.
❖ Lääkkeen ylikäyttö	❖ Potilaalle tarpeellista lääkettä käytetään liian suurina kerta- tai vuorokausiannoksina.
❖ Lääkkeen turha käyttö	❖ Potilaalle tarpeettoman lääkkeen käyttö tai lääkitystä jatketaan pidempään kuin olisi tarkoituksenmukaista. Säännöllinen turha käyttö on tapakäyttöä.
❖ Lääkkeen väärinkäyttö	❖ Potilaan säännöllinen tai satunnainen lääkevalmisteiden tarkoituksellinen liiakäyttö, jolla on haitallisia fyysisiä tai psykologisia vaikutuksia.
❖ Lääkkeiden haitallinen yhteiskäyttö	❖ Useiden lääkkeiden yhtäaikainen käyttö, josta aiheutuu haittaa potilalle. Yhteiskäyttöön liittyy vaikeammin hallittavien haittavaikutusten ja haitallisten yhteisvaikutusten vaara.
- Päällekkäiskäyttö	- Useamman samaan terapeuttiin tavoitteeseen tähtäävän lääkkeen käyttö silloin, kun mitään lisähyötyä ei näiden yhteiskäytöllä saavuteta.
- (Tarpeeton) monilääkitys	- Useamman lääkkeen käyttö kuin olisi potilaalle tarkoituksenmukaista. Monilääkityksen rajana pidetään yleensä useamman kuin viiden lääkkeen yhtäaikaista käyttöä. Tarpeenmukainen monilääkitys ei

<ul style="list-style-type: none"> - Haitalliset yhteisvaikutukset - Hoidosta aiheutuva lääkehoito 	<p>ole lääkkeiden virheellistä käyttöä. Mitä useampi lääke potilaalla on käytössä, sitä enemmän esiintyy yhteis- ja haittavaikutuksia, joita tarpeettomassa monilääkityksessä hoidetaan usein uusilla lääkkeillä.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kahden tai useamman samanaikaisesti vaikuttavan lääkkeen aiheuttama haitallinen vaikutus, joka poikkeaa samojen lääkkeiden erillisten vaikutusten summasta. - Lääkkeellä hoidetaan toisesta lääkkeestä aiheutuvia (iatrogeenisia) vaikutuksia.
Väärän lääkkeen käyttö	Lääkitys on tarpeen, mutta valittu lääke ei ole tarkoituksenmukainen huomioitaessa taudin laatu, potilaan ominaisuudet ja muu lääkitys.
Väärä lääkkeen anto- tai ottoreitti	Lääkitys on tarkoituksenmukainen, mutta potilas ottaa tai hoitohenkilöstö antaa lääkkeen väärää reittiä.
Väärä lääkkeen antotapa	Lääkitys on tarkoituksenmukainen, mutta potilas ottaa tai hoitohenkilöstö antaa lääkkeen väärällä tavalla.

3.2 Kemiallisen rajoittamisen määritelmä ja siihen käytetyt lääkkeet

Kemiallisesta rajoittamisesta on monia määritelmiä. Kivelä ja Koistinen (2010) määrittelevät kemiallisen rajoittamisen lääkkeen, yleensä psyykenlääkkeen, käytöksi ilman lääketieteellisiä perusteita siten, että sen yksinomaisena tarkoituksena on rajoittaa potilaan liikkumista tai muuta toimintaa ja hillitä hänen käyttäytymistään. Lääkkeen määrääminen ei perustu asianmukaisesti todetun sairauden lääketieteelliseen hoitoon. Lääkkeen indikaation mukainen käyttö eli lääkkeen käyttäminen sille tarkoitettuun käyttöön oikealla annostuksella ei ole kemiallista rajoittamista: esimerkiksi psykoottisista harhoista kärsivän potilaan lääkitseminen

psykoosilääkkeellä, jotta harhat helpottuisivat, ei ole kemiallista rajoittamista (Karppila, julkaisematon 2013).

Yleisimpiä kemiallisina rajoitteina käytettyjä lääkkeitä ovat psykoosilääkkeet (esimerkiksi risperidoni, ketiapiini ja haloperidoli), epilepsialääkkeet (esimerkiksi valproiinihappo) sekä rauhoittavat lääkkeet (esimerkiksi bentsodiatsepiinit) (Kivelä ja Koistinen 2010). Myös useilla muilla lääkkeillä on väsyttävää vaikutusta, kuten kutinaan käytettävällä hydroksitsiinillä, yskään tai kipuun käytettävällä kodeiinilla tai opioideilla sekä masennukseen käytettävällä mirtatsapiinilla. Alla olevaan taulukkoon on koottu ikääntyneiden hoidossa haasteellisia psyykeen vaikuttavia lääkkeitä, jotka nousivat erityisesti esille tässä pro gradu -tutkimuksessa.

Taulukko 3. Ikääntyneiden hoidossa haasteellisia psyykeen vaikuttavia lääkkeitä (Huttunen, 2008 ja Pharmaca Fennica, 2013).

LÄÄKEAINERYHMÄ	LÄÄKEAINE	INDIKAATIO	SIVUVAIKUTUKSET
BENTSODIATSEPIINIT	Alpratsolaami, diatsepaami, oksatsepaami, temasepaami jne. (Xanor, Diapam, Opamox, Tenox)	Ahdistuneisuus, ahdistuneisuus- häiriöt, unettomuus, epilepsia	Väsymys, uneliaisuus, huimaus, heikotus, hermostuneisuus, kiihtyneisyys, sekavuus, koordinaatiovaikeudet, vanhuksilla kaatuilu. Lääkeriippuvuus
EPILEPSIALÄÄKKEET	Valproiinihappo (Absenor, Deprakine)	Epilepsia, kaksisuuntainen mielialahäiriö	Väsymys, uneliaisuus, vapina, huimaus, päänsärky, motoriset koordinaatiovaikeudet, pahoinvointi, oksentelu, ruokahaluttomuus
NEUROLEPTIT	Haloperidoli (Serenase) Ketiapiini (Seroquel, Ketipinor)	Psykoosit, skitsofrenia, mania, delirium Skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, unettomuus, ahdistuneisuus	Ekstrapyramidaalioireet ¹ : akinesia ² , akatisia ³ , dystonia ⁴ , vapina. Tardiivi dyskinesia ⁵ . Väsymys, uneliaisuus, pahoinvointi, huimaus Väsymys, uneliaisuus, huimaus, ortostaattinen hypotensio ⁶ , takykardia

NEUROLEPTIT	Risperidoni (Risperdal)	Psykoosit, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, dementiaan liittyvät käytöshäiriöt	Ekstrapyramidaalioireet: akinesia, akatisia, dystonia, vapina. Tardiivi dyskinesia. Väsymys, uneliaisuus, huimaus, ahdistuneisuus, unettomuus, takykardia, ortostaattinen hypotensio, oksentelu, pahoinvointi.
OPIAATIT	Buprenofiini (Norspan)	Keskivaikean kivun hoito, kun riittävään kivunlievityk- seen tarvitaan opioidia	Sekavuus, masentuneisuus, unettomuus, huimaus, hermostuneisuus, uneliaisuus, hengenahdistus, ummetus, pahoinvointi, oksentelu, suun kuivuminen
	Oksikodoni (Oxanest, Oxynorm)	Keskivaikean tai voimakkaan kivun hoito	Ahdistuneisuus, sekavuus, unettomuus, hermostuneisuus, poikkeava ajattelu, huimaus, uneliaisuus, pahoinvointi, ortostaattinen hypotensio, hengenahdistus, ummetus, pahoinvointi, oksentelu

¹Ekstrapyramidaalioireet= perinteisten antipsykoottien aiheuttamia haittaoireita: mm. parkinsonismi, lihassupistukset, kasvojen pakkoliikkeet ja ruumiillinen levottomuus

²Akinesia= motorinen hidasliikkeisyys tai liikkumattomuus

³Akatisia= motorinen levottomuus, joka ilmenee mm. kyvyttömyytenä pysytellä paikoillaan ja pakonomaisena tarpeena liikkua

⁴Dystonia= tahdonalaisten lihasten säätelyhäiriö, jossa esiintyy tahattomia toistuvia liikkeitä ja lihasjänteiden lisääntyessä virheasentoja

⁵Tardiivi dyskinesia= antipsykoottihoidon haittavaikutuksena ilmenevä häiriö, jossa esiintyy toistuvia tahdonalaisten lihasten pakkoliikkeitä. Yleisimmin pakkoliikkeet ilmenevät kasvojen ja suun lihaksissa

⁶Ortostaattinen hypotensio= pystyasennossa ilmenevä verenpaineen lasku

3.3 Kemiallisesta rajoittamisesta tehdyt tutkimukset

Lääkkeiden käyttöä kemiallisena rajoitteina on dokumentoitu, mutta on olemassa vain vähän tutkimuksia ilmiön yleisyydestä, luonteesta tai sen ehkäisemisestä (Nurminen ym. 2009). Tutkimukset raportoivat rajoitteiden käytöstä yleisesti, mutta eivät erottele kemiallista rajoittamista fyysisestä. Psykotrooppien käytöstä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa löytyy tutkimuksia: antipsykoottiset lääkkeet ja bentsodiatsepiinit ovat yleisesti käytössä dementoituneiden vanhusten käytösoireiden hoidossa, mikä voi antaa viitteitä siitä, että niitä saatetaan käyttää myös kemiallisina rajoitteina (Alanen ym. 2006, Hosia-Randell ja Pitkälä 2005, Pitkälä ym. 2004). Janne Nurminen tutki kemiallista rajoittamista vuonna 2009 Porin kaupunginsairaalan pitkäaikaisosastoilla: aineisto koostui 154 potilaasta, joiden tiedot kerättiin potilasasiakirjoista sekä havannoimalla osastojen toimintaa. Vähintään yhtä psyykenlääkettä käytti säännöllisesti 79 prosenttia potilaista, kolmea tai useampaa säännöllisesti 33 prosenttia, säännöllisesti tai tarvittaessa 53 prosenttia. Lääkkeiden käytön suotuisia vaikutuksia tai haittavaikutuksia ei kirjattu potilasasiakirjoihin, ja lääkkeitä käytettiin ajoittain myös potilaan käytöksen hillitsemiseksi.

LL Anni Karppila tutkii käynnissä olevassa tutkimuksessaan kemiallista rajoittamista ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Kemiallisen rajoittamisen määritelmänä tutkimuksessa tarkoitetaan lääkkeen käyttöä siten, että sen yksinomaisena tarkoituksena on rajoittaa potilaan liikkumista tai muuta toimintaa tai hillitä hänen käyttäytymistään ilman muuta indikaatiota. Potilaiden tiedot, kuten lääkitys, hoitojakson tulosityy, pituus ja diagnoosit sekä kaatumiset hoitojakson aikana selvitetään sairauskertomustiedoista. Seurantalomakkeella selvitetään kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä, mielialaa sekä käytösoireita. Rajoittamistoimien yleisyyden seuranta tapahtuu ohjeistamalla hoitohenkilökunta kirjaamaan rajoittamistoimenpiteet sairauskertomukseen päivittäisen hoitotyön lehdelle: rajoittamistoimenpiteiden syy, määrä, laatu ja kesto dokumentoidaan. Potilaan oireet ja käytös rajoittamisen ajankohtana kirjataan, ja myös fyysinen rajoittaminen raportoidaan vastaavasti. Hoitohenkilökunnan käsityksiä kemiallisesta rajoittamisesta

kartoitetaan kyselylomakkeen avulla. Seuranta-aika tutkimuksessa on neljä kuukautta. Tutkimuksessa selvitetään, kuinka yleistä psykotrooppien käyttö on ja sitä, käytetäänkö lääkkeitä kemiallisena rajoitteena.

Alla olevaan taulukkoon 4 on Kivelää ja Koistista (2010) ja Hughesia (2008) mukaillen koottu kemiallisesta rajoittamisesta tehtyjä tutkimuksia. Tutkimusten aiheena on ollut tai niiden tuloksissa on noussut selkeästi esiin kemiallinen rajoittaminen tai psyykenlääkkeiden epäasianmukainen käyttö.

Taulukko 4. Kemiallisesta rajoittamisesta tehdyt tutkimukset

Viite	Laitos	Tutkitut	Kemiallisen rajoitteen määritelmä	Tiedonkeruumenetelmä	Kemiallisen rajoitteen/psykotroopin käytön yleisyys
Beardsley ym. 1989 USA	112 vanhainkotia	n=526	-	Lääkelistat, hoitajien haastattelut	Yli 20 % psykotrooppeja saaneista ilman indikaatiota.
Holmqvist ym. 2003 Ruotsi	23 vanhainkotia	n=175	-	Sairauskertomukset	Psykotrooppi käytössä 73%:lla: puolet psyykelääkkeitä saaneista vailla asianmukaista diagnoosia.
Kamble ym. 2008 USA	1174 vanhainkotia	n=11939	-	Potilastiedot, lääkelistat	Psyykenlääkitys lähes 25%:lla, off-label -käyttö yleistä
Kow & Hogan 2000 Kanada	Akuuttisairaalan opetusosastot	n=156	-	Sairauskertomukset	Kemiallinen rajoittaminen 10,3% (psykoosilääke). Lääkärin määräys sisälsi annostuksen, muttei rajoittamisen kestoa

Viite	Laitos	Tutkitut	Kemiallisen rajoitteen määritelmä	Tiedonkeruumenetelmä	Kemiallisen rajoitteen/psykotropin käytön yleisyys
Kwasny ym. 2006 Kanada	6 akuutti-sairaalan osastoa	n=498, keski-ikä 81,4v Hoitajia 140	Psykoosi- tai rauhoittavan lääkkeen määräys rauhottomuuden, kiihtyneisyyden ja/tai ongelmallisen käyttäytymisen hillitsemiseen	Läkelistat, kyselyt	Psykoosilääke: 3,2%; rauhoittava lääke: 6,2%; yht: 8,6%. Kemiallisten rajoitteiden vapaa ja epäasianmukainen käyttö yleistä
Larrayadiu ym. 2011 Ranska	Tukiasunnot	n=4367	Psykoosilääkkeiden käyttö ilman indikaatiota	Läkelistat	Psykoosilääke: 27,5%. Off-label -käyttö yleistä
McGrath & Jackson 1996, Englanti	28 vanhainkotiä	n=909	Lääkkeiden käyttö muuhun kuin psykoottisiin häiriöihin/jos potilas vaaraksi itselleen tai muille.	Sairauskertomukset, hoitohenkilökunnan haastattelut	Neuroleptien käyttö 190 potilaalla ilman asianmukaista diagnoosia
Nurminen ym. 2009 Suomi	5 pitkäaikais-osastoa	n= 154, keski-ikä 84,2v	Lääkkeen käyttäminen potilaan käyttäytymisen kontrollointiin tai liikkumisen rajoittamiseen ilman lääketieteellistä perustetta	Sairauskertomukset, hoitotyön kertomukset, läkelistat, havainnointi	Psyykenlääke: 79% 3 tai useampi psyykenlääke: 53%, säännöllisesti 33%. 2 tai useampi bentsodiatsepiini: 46%, säännöllisesti 24%

Viite	Laitos	Tutkitut	Kemiallisen rajoitteen määritelmä	Tiedonkeruumenetelmä	Kemiallisen rajoitteen/psykotroopin käytön yleisyys
Oborne ym. 2002 Englanti	22 hoitokotia, joissa yli 35 asukasta	n=934	Lääkkeen käyttö muuhun kuin psykoottisiin häiriöihin/jos potilas on vaaraksi itselleen tai muille/pahoinvointiin (vain lyhytaikainen käyttö)	Sairauskertomukset	Neurolepti: 24%, vain 18%:lla asianmukainen käyttö
Pekkarinen ym. 2006 Suomi	91 palvelutaloa tai terveyskeskuksen vuodeosastoa	n=2430, keski-ikä 83v Hoitajia 977	Psykoosilääkkeen käyttäminen ilman diagnoosia tai psykoottisia oireita	RAI-arvioinnit, kyselyt	Psykoosilääke: 38,2%
Ray ym. 1980 USA	173 vanhainkotiä	n=5902	Psykoosilääkkeen käyttäminen ilman diagnoosia/käyttöoireita, jotta potilas sopeutuisi osaston rutiineihin	Lääkemääräykset (lähes 400 000 reseptiä)	Psykoosilääke: 43%. Epäasianmukainen käyttö todennäköistä.
Ruths ym. 2001 Norja	23 vanhainkotiä	n=1552	Psykotrooppien liikkakäyttö heikosti määriteltäisiin oireisiin	Lääkelistat	Psykotrooppi: 59% säännöllisesti. Pääosin pitkäaikaista oireenmukaista hoitoa
Sloane ym. 1991 USA	Vanhainkodit, 32 perinteistä ja 31 dementiaosastoa	n=625	Pysyvä määräys käyttää psykoosittai rauhoittavaa lääkettä tai masennus- ja rauhoittavaa lääkettä yhdessä	Kyselyt, sairauskertomukset, havainnointi	Kemiallinen rajoite 43,4% perinteisillä ja 45,3% dementiaosastoilla
Stevenson ym. 2010 USA	Vanhainkotien asukkaat	n=12090	Lääkkeen käyttö ilman sopivaa diagnoosia/käytöshäiriöitä	Sairauskertomukset	Psykoosilääkitys 26%, 40%:lla ilman indikaatiota

Viite	Laitos	Tutkitut	Kemiallisen rajoitteen määritelmä	Tiedonkeruumenetelmä	Kemiallisen rajoitteen/psykotroopin käytön yleisyys
Sørensen ym. 2001 Tanska	Vanhainkotien asukkaat	n=288 Hoitajia 118	Psykotrooppien väärinkäyttö häiritsevän käyttäytymisen hillitsemiseksi	Lääkelistat, hoitajien haastattelut	Psykotrooppi: 86%. Hoitajien arvio potilaan tilasta määräävä tekijä psykotrooppien käytölle
Whitehead ym. 1997 Australia	4 opetus-sairaala	n=408, keski-ikä 66,5v	Rajoittaminen lääkkeellä, esim. rauhoittavalla tai psykoosilääkkeellä	Havainnoinnit, sairauskertomukset, lääkelistat	Rajoittaminen yhteensä (fyys&kemiall) 12,5%, joista kemiallinen 2,1%

3.4 Itsemääräämisoikeus ja laki

Lainsäädännön puuttuminen vaikuttaa fyysisten rajoitteiden runsaaseen käyttöön (Saarnio 2009). Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säädetään kirjavasti monessa eri laissa, kuten potilaslaissa ja sosiaalihuollon asiakaslaissa (STM 2013). Suomen perustuslain mukaan yksilön henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa vain, jos rajoittaminen perustuu lakiin eikä se ole mielivaltaista. Somaattisesta sairaudesta kärsivän potilaan vapauden rajoittamisesta ei kuitenkaan tällä hetkellä ole nimenomaisia säädöksiä. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan uutta lakia itsemääräämisoikeudesta ja rajoittamistoimenpiteiden käytön edellytyksistä sosiaali- ja terveydenhuollossa: lain tavoitteena on edistää asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta sekä ennaltaehkäistä ja vähentää rajoittamisen käyttöä. Lakiluonnoksessa painotetaan ennakoivia toimia, kuten tilaratkaisuja, henkilöstön perehdyttämistä ja täydennyskoulutusta sekä itsemääräämisoikeutta tukevia työmenetelmiä. Tavoitteena on luoda sellaiset toimintatavat, että rajoittamisen käyttöön jouduttaisiin turvautumaan mahdollisimman harvoin. Itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä voisi käyttää vain viimesijaisena

keinona, ja niiden käytölle asetettaisiin yksityiskohtaiset laintasoiset edellytykset. Ehdotettavilla uusilla säännöksillä pyritään ajantasaistamaan olemassa olevia säännöksiä rajoittamistoimenpiteiden käytöstä sekä säätelemään rajoitusten käyttöä sellaisissa tilanteissa, joista säännökset tällä hetkellä puuttuvat kokonaan: tällaisia ovat esimerkiksi muistisairaiden henkilöiden hoito sekä akuutti- ja päivystystilanteet.

Uudella lainsäädännöllä pyritään varmistamaan, ettei rajoittamistoimenpiteitä käytetä mielivaltaisesti. Niiden käyttö olisi laillista ainoastaan silloin, kun muut keinot suojella henkilöä vakavalta uhalta on todettu riittämättömiksi (STM 2013). Toimenpiteitä voitaisiin soveltaa muun muassa sellaiseen kehitysvammaiseen henkilöön, muistisairaaseen tai aivovamman saaneeseen, jonka toimintakyky on alentunut niin, ettei hän kykene ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia. Lakiesityksen pohjana ei siis ole asiakkaan tai potilaan lääketieteellinen diagnoosi vaan ammattilaisten, kuten lääkärien tai psykologien, arvioima toimintakyvyn heikkeneminen. Lisäksi edellytyksenä olisi, että henkilön käyttäytyminen uhkaa vaarantaa vakavasti hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta: säännökset eivät täten koskisi kaikkia henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut. Toimenpiteiden pitäisi olla tarkoitukseensa sopivia ja oikein mitoitettuja, ja aina tulisi valita mahdollisimman vähän rajoittava keino. Rajoittamisen toteutuksessa korostetaan erikseen asiakkaan tai potilaan ihmisarvon kunnioittamista. Koska potilaiden ja sosiaalihuollon asiakkaiden hoito ja palvelut perustuvat vapaaehtoisuuteen, muissa kuin kiireellisissä tapauksissa rajoittamistoimenpiteiden käyttö edellyttäisi, että henkilön toimintakyvyn olisi arvioitu alentuneen pysyvästi tai pitkäaikaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee lisäksi olla yksilöllinen.

4. KEMIALLINEN RAJOITTAMINEN JA HOITOTYÖ

4.1 Kemiallisen rajoittamisen syyt

Useissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että fyysinen ja kemiallinen rajoittaminen ovat eniten käytettyjä käytöksen kontrollointimenetelmiä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa (Hantikainen 2000). Rajoittamisen käyttäminen tai käytön välttäminen on monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat monet ulkoiset ja sisäiset tekijät. Ulkoisia tekijöitä ovat lait, eettiset ohjeet, hoitopaikan ohjeistukset, asukkaan perhe ja muu sosiaalinen paine sekä hoitajien ammatilliset arvot. Sisäisiä tekijöitä ovat hoitajien arvot, asenteet ja henkilökohtaiset ristiriidat.

Strumpf ja Evans (1988) jaottelevat rajoittamisen syyt joko itse iäkkääseen henkilöön tai organisaatioon liittyviin tekijöihin. Henkilöön liittyviä tekijöitä ovat ikä, kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, fyysinen heikkous ja itsensä ja toisten vahingoittaminen. Laitokseen ja ympäristöön liittyviä tekijöitä puolestaan ovat henkilökunnan asenteet ja liian vähäinen henkilökunnan määrä sekä halu välttää oikeusriitoja tapaturmatilanteissa. Kemiallista rajoittamista voidaan myös käyttää helpottamaan hoitajan työtä tai turvaamaan toisten potilaiden tyytyväisyys tai turvallisuus poistamalla häiriötekijä (Dewing 2010, Kivelä ja Koistinen 2010, Mott ym. 2005).

Saarnio (2009) jaottelee rajoitteiden käytölle altistavat tekijät seitsemään osalueeseen, jotka ovat vanhukseen, omaiseen, hoitajaan, hoitotyöhön, fyysiseen hoitoympäristöön, organisaatioon ja työyhteisöön sekä yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Näistä osa on poimittu esimerkinomaisesti taulukkoon 5. Fyysinen ja kemiallinen rajoittaminen voivat olla keskenään vaihtoehtoisia rajoittamiskeinoja tai tukea toinen toistaan. Tämän pro gradu -tutkimuksen pilottihaastattelussa nousi esiin tilanteita, joissa potilas jouduttiin sitomaan lepositeissa sänkyyn ja lisäksi rauhoittamaan hänet lääkkein, koska kiinnisitominen aiheutti hänelle voimakasta ahdistusta.

Taulukko 5. Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät (Saarnio 2009).

Vanhukseen liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vanhuksen fyysisen turvallisuuden lisääminen ❖ Edeltävä kaatuminen ❖ Häiritsevä käyttäytyminen
Omaiseen liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vaatii/toivoo rajoitteiden käyttöä
Hoitajaan liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteiset arvot ja asenteet rajoittamista kohtaan ❖ Vastentahtoisuus vanhustyötä kohtaan ❖ Uupuminen
Hoitotyöhön liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hoitajien erilaiset toimintatavat ❖ Hoitotoimien onnistumisen turvaaminen ❖ Hoitajilla ei tietoa vanhuksen toimintakyvystä
Fyysiseen hoitoympäristöön liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ahtaat, epäkäytännölliset tilat ❖ Turvallisuusriskit
Organisaatioon ja työyhteisöön liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hoitajia liian vähän ❖ Ilta- ja viikonloppuvuorot ❖ Hoitokulttuuri: rutiininomainen rajoittaminen, rajoittaminen valvontakeinona tai varmuuden vuoksi, epäammattillinen toiminta
Yhteiskuntaan liittyvät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa säätelevän lainsäädännön puuttuminen

Rajoittamisella on etunsa ja haittansa (Strumpf ja Evans 1988). Etuina on kaatumisten ja häiritsevän käyttäytymisen ehkäisy, hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja asukkaan itsensä sekä muiden turvallisuus. Riskejä ovat mm. immobilisaatio ja siitä johtuvat biokemialliset, psykologiset ja fysiologiset muutokset sekä toimintakyvyn lasku, ruokahaluttomuus, elimistön kuivuminen ja yleistilan lasku, keskushermoston toiminnan lasku, sekavuus ja emotionaalinen murtuminen. Rajoitteiden käyttö voi altistaa asukkaan vaaratilanteille, kaltoinkohtelulle ja laitostumiselle (Saarnio 2009). Laitoshoidot pitenevät ja kotiutuminen epätodennäköisempää, joten todennäköisyys joutua pitkäaikaishoitoon kasvaa (Dewing 2010). Potilaan tai asukkaan kuntoutuminen viivästyy tai pysähtyy. Komplikaatiot ovat yleisempiä ja kuoleman riski akuuttihoitossa kasvaa. Rajoittaminen aiheuttaa fyysistä ja psyykkistä kärsimystä ja

vaarantaa yksilön oikeuden vapauteen ja itsenäisyyteen: siksi rajoittaminen on eettisesti kyseenalaista (Strumpf ja Evans 1988).

4.2 Hoitajien suhtautuminen kemialliseen rajoittamiseen ja sen merkitys

Tutkimuksia kemiallisesta rajoittamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta on tehty hyvin vähän. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen kemialliseen rajoittamiseen on merkittävää, sillä hoitajien käsitykset iäkkäiden sairauksista ja käyttäytymisestä ohjaavat kemiallisten rajoitteiden käyttöä voimakkaammin kuin lääketieteellisesti diagnosoitujen sairauksien hoitosuosituksset (Pekkarinen ym. 2006, Sørensen ym. 2001). Hoitajan käsitykset esimerkiksi levottomuuden taustalla olevista syistä ovat ensisijaisen tärkeitä (Dewing 2010). Hoitaja voi ajatella, että levottomuus on suora seuraus dementiaasta ja jättää huomiotta muut mahdolliset syyt, kuten potilaan persoonallisuuden ja hänelle luontaiset emotionaaliset selviytymiskeinot, kognitiiviset kyvyt, yleisen terveydentilan tai ympäristön vaikutuksen. Näin suhtautuvat hoitajat ovat taipuvaisempia hallitsemaan levottomuutta rajoittamistoimenpiteillä.

Hoitohenkilökunnan asenteilla ja tietopohjalla on suora yhteys rajoittamisen käyttämiseen tai käyttämättä jättämiseen (Suen ym. 2006, Karlsson ym. 2001, Werner ja Mendelsson 2001). Hoitaja toimii työssään lähellä vanhainkodin asukasta ja voi kannustaa ja ohjata lääkärinä lääkkeen määräämisessä joko puhelimitse tai osastokäynnin aikana (Avorn 1995). Pekkarisen ym. (2006) tutkimuksessa lääkärin osastolla viettämän ajan määrä ei ollut sidoksissa rajoitteiden käyttöön. Tämä korostaa hoitohenkilökunnan tärkeää roolia lääkärin informoijana. Eräs tässä tutkimuksessa haastateltu hoitaja ilmaisi asian seuraavasti:

Niin lääkärihän näkee kerran viikossa keskimäärin asukkaan niin hoitajalla on ihan todella suuri vastuu esittää se asia ja pohtia ja miettiä miten sä saat oikein kuvailtua sen asukkaan tilanteen ja minkälainen se on. Et kylhän kyl lääkäri hyvin meitä kuuntelee ja niitten pohjalta tekee ne päätökset.

Vaikka lääke olisi tarkoitettu tarvittaessa käytettäväksi, hoitohenkilökunta tekee lopullisen päätöksen lääkkeen käyttämisestä (Avorn 1995). Hoitohenkilökunta voi asettaa muiden potilaiden tai asukkaiden edun ja oman mukavuutensa (esimerkiksi työt saadaan tehdyksi) etusijalle rajoitettavan potilaan kustannuksella (Aveyard ja Woolliams 2006). Lääke on usein helppo, nopea ja toimiva tapa rajoittaa potilasta, ilman että muita mahdollisia keinoja tarvitsisi miettiä. Kaiken kaikkiaan vanhainkodit ovat lääkityksen ja kemiallisen rajoittamisen kannalta monimutkaisia ja haastavia paikkoja: niiden toimintaan vaikuttavat paitsi lainsäädännölliset ja taloudelliset seikat, myös monet epäsuorat tekijät, kuten paikallinen sosiaalinen konteksti ja työyhteisö sekä yleisesti hyväksytyt tavat toimia (Avorn 1995).

4.3 Kemiallisesta rajoittamisesta hoitotyössä tehdyt tutkimukset

Rajoittamisen esiintymistä hoitotyössä on tutkittu 1980-luvun loppupuolelta lähtien pääosin kyselyin ja havainnoiden (Hantikainen ja Käppeli 2000). Tutkimusten aiheena on ollut rajoittamisen yleisyys, sen teho, syyt, seuraukset ja vaihtoehdot, joskus myös eettiset näkökohdat. Tutkimukset ovat keskittyneet fyysiseen rajoittamiseen. Aikaisempien tutkimusten tulokset eivät ole suoraan vertailtavissa keskenään, koska menetelmät ovat olleet erilaisia: myös käsite ”rajoittaminen” on voitu määritellä monella tapaa tai se on voinut olla epäselvä. Rajoittaminen on voitu määritellä myös suojelevaksi toimenpiteeksi, joten sen todellisen yleisyyden tai muutosten mittaaminen on ollut vaikeaa.

Hantikainen ja Käppeli (2000) tutkivat vanhainkotien hoitohenkilökunnan käsityksiä rajoittamisesta ja niiden vaikutuksia rajoittamista koskevaan päätöksentekoon. Käsite rajoittaminen ymmärrettiin ja siihen suhtauduttiin monin eri tavoin. Rajoittamistoimenpiteitä käytettiin apuna iäkkäiden käytöksen kontrolloinnissa sekä ylläpitämään turvallisuutta. Hoitohenkilökunta oli avainasemassa päätettäessä rajoittamisesta, mutta rajoittamisen käyttämisestä ei ollut yhteistä linjausta osastoilla: ratkaisut tehtiin pikemminkin rutiininomaisesti. Rajoittaminen oli hämmentävä tilanne henkilökunnalle, ja tunteet ja asenteet vaikuttivat ratkaisuihin enemmän kuin tosiasiat.

Samasta aineistosta tutkittiin myös, minkälaisissa tilanteissa rajoittamiseen päädyttiin ja missä sitä vältettiin (Hantikainen 2000). Tilanteet jakaantuivat kahteen ryhmään: niihin, joissa ikääntyneiden käytös määriteltiin ongelmaksi, joka oli ratkaistava sekä niihin, joiden kanssa täytyi tulla toimeen ("elää"). Rajoittamiseen johtaneita tilanteita olivat vanhuksen fyysinen ja sanallinen aggressiivisuus, hoitojen vastustaminen, levottomuus ja sekavuus. Pyrkimys ymmärtää ikääntyneen käytöksen taustalla oleva syy sekä holhoamisen ja ylihuolehtivuuden välttäminen johti puolestaan rajoittamisen välttämiseen. Henkilökunnan käsitykset ikääntyneiden käyttäytymisestä osoittautuivat ratkaisevaksi tekijäksi sekä rajoittamiseen päätymisessä että sen välttämisessä.

Poole ja Mott (2003) haastattelivat opetussairaalan hoitajia levottoman vanhuksen hoitamisesta. Haastattelussa esillenousseet levottoman vanhuksen hoito- tai rauhoituskeinot sekä niihin liittyvät positiiviset tai negatiiviset tunteet on listattu taulukkoon 6.

Taulukko 6. Levottoman vanhuksen hoidossa esiintyneet hoitokeinot ja niiden herättämät tunteet (Poole ja Mott 2003)

KEINO	TUNNE
Kemiallinen rajoittaminen	Turhautuneisuus
Turvamiehille soittaminen	Huolestuneisuus
Fyysinen rajoittaminen	Ärsyyntyneisyys
Rauhallisesti ja selkeästi puhuminen	Haastavuus
Lääkärille soittaminen	Helpotus
Potilaan kävelyttäminen	Ymmärtäminen
Konsultoivalle hoitajalle soittaminen	Huonommuus
Potilaan kanssa istuminen	Huolestuneisuus
Yleinen tunnetila	Varovaisuus

Tutkimus tuo esiin monia haastaviin hoitotilanteisiin liittyviä tunteita. Näistä positiivisia olivat hyväksyminen, empatia, tyytyväisyys, tuetuksi tulemisen tunne, sympatia sekä ymmärtäminen. Negatiivisia tunteita mainittiin kuitenkin enemmän, kuten

levottomuus, ristiriitaisuus, viha, hermostuneisuus, pelko, turhautuminen, kärsimättömyys, ärsyyntyminen, painostus, järkytys, halu irtisanoutua työstä ja päästä irti ”lieasta”.

Reetta Saarnio (2009) tutki väitöskirjassaan fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta. Fyysisten rajoitteiden käyttö oli yleistä vanhusten laitoshoidossa, ja liikkumisen rajoittamiseen käytettiin sekä suoria (esimerkiksi ylösnostetut sängynlaidat) että epäsuoria (esimerkiksi rollaattorin poisottaminen) rajoittamismuotoja. Hoitohenkilökunta piti fyysisten rajoitteiden käyttöä eettisenä ristiriitatilanteena, jossa hoitaja joutui valitsemaan vanhuksen turvallisuuden takaamisen ja henkilökohtaisen vapauden riistämisen välillä. Fyysisten rajoitteiden käyttö altisti vanhuksen vaaratilanteille, kaltoinkohtelulle ja laitostumiselle.

4.4 Kemiallisen rajoittamisen vähentäminen hoitotyön keinoin

4.4.1 Levottomuus oireena

Monet laitoshoidossa olevat ikääntyneet kärsivät levottomuudesta (Dewing 2010). Levottomuus on yleensä oire jostakin. Erityisesti dementoituneilla vanhuksilla, joiden kommunikaatiotaidot ovat alentuneet, levottomuus voi olla merkki epämukavuutta, kipua tai stressiä tuottavasta tekijästä tai yli- tai alistimuloivasta ympäristöstä. Levottomuus voi olla akuutin sairauden, esimerkiksi virtsatieinfektion, tai äkillisen sekavuustilan pääoire. Siksi on tärkeää selvittää, ettei levottomuuden taustalla ole elimellistä syytä.

Kun dementoituneen henkilön kognitiiviset ja verbaaliset kyvyt laskevat, käyttäytymisestä tulee pääasiallinen kommunikointitapa (Dewing 2010). Käyttäytyminen voi olla epärationaalista, kuten huutamista, jankuttamista ja vaeltelua. Dementoituneen henkilön levottomuus muuttaa muotoaan dementian edetessä: verbaalinen levottomuus on yleisintä dementian keskivaiheilla, jolloin puhekyky on vielä tallella, mutta verbaaliset taidot laskevat (Cohen-Mansfield ym. 1995).

Vastaavasti fyysinen levottomuus ajoittuu dementian myöhempiin vaiheisiin, jolloin dementoituneen henkilön kommunikaatiokyvyt ovat merkittävästi alentuneet. Dementiaan liittyvä levottomuus toimii usein vastineena sellaiseen muiden ihmisten käytökseen, mitä dementoitunut ei ymmärrä tai mitä hän haluaa välttää.

Levottomuus tulee erottaa aggressiivisuudesta: esimerkiksi raapiminen, tavaroiden heittäminen, sylkeminen ja kiroilu ovat aggressiivista käytöstä, vaeltelu, tavaroiden piilottaminen ja jankuttaminen ei (Dewing 2010). Levottomuuden arvioimiseen on tehty työkaluja, kuten Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) eli Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko, jossa levottomuuden 29 eri ilmenemismuotoa arvioidaan seitsenportaisella asteikolla yhden vuorokauden ajan (Cohen-Mansfield 1991). Toinen, laajempi työkalu on Newcastle'n malli, joka pohjautuu ajatukseen, että haastava käytös on seurausta jostakin tyydyttämättömästä tarpeesta (James ym. 2006).

Levottomuus voi olla pelottava kokemus potilaalle ja sillä voi olla pitkäkestoinen negatiivinen vaikutus potilaan terveyteen (Dewing 2010). Levottomuus on yksi syy pitkäaikaishoitoon joutumiselle, sillä se on epätoivottua ja koetaan usein epäasialliseksi käytökseksi. Myös hoitohenkilökunnan mielestä levottomuus on yksi haastavimpia asioita dementikoiden hoitamisessa (Wagner ym. 1997).

4.4.2 Hoitotyön keinot levottomuuden hoidossa ja kemiallisen rajoittamisen vaihtoehtona

Levotonta käytöstä on pyritty perinteisesti hallitsemaan psyykenlääkkeillä tai rajoittamalla potilasta fyysisesti (Dewing 2010). Lääkkeettömien hoitokeinojen tulisi kuitenkin olla ensisijaisia ja aina osana levottoman potilaan käytösoireiden hoidossa: mikäli lääkkeettömät keinot eivät auta, lyhytaikaista psykoosilääkkeitten käyttöä pienimmällä mahdollisella annoksella voidaan harkita. Lääkehoidon ei tulisi koskaan olla ensisijainen levottomuuden hoitomuoto. Lääkkettämiä hoitokeinoja on koottu taulukkoon 7.

Taulukko 7. Lääkkeettömiä vaihtoehtoja rajoittamiselle (Fletcher 1996).

Ympäristöön liittyvät	<ul style="list-style-type: none"> - Ympäristön stimulaation lisääminen/vähentäminen, esimerkiksi valoisuus, meluisuus, huonetoveri - Tarpeelliset tavarat helposti käsillä, esim. kuulolaite, silmälasit - Apuvälineiden tarjoaminen - Tehokkaampi valvonta, esim. omaiset apuun/tarvitseeko potilas hoitajan tarkempaa valvontaa
Hoitoon liittyvät	<ul style="list-style-type: none"> - Fyysisen aktiivisuuden tai harjoittelun lisääminen - Päivittäisen aktiivisuuden lisääminen ja arkitoimintoihin osallistuminen kykyjen mukaan - Fysioterapeutin ja toimintaterapeutin konsultointi - Ongelmallisten lääkitysten ja hoitojen vaihtaminen tai lopettaminen. Erityishuomio lääkkeisiin, jotka voivat vaikuttaa käytökseen.
Kommunikaatioon liittyvät	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikoinnin maksimointi asukkaan kanssa ja negatiivisista ennako-asenteista luopuminen - Kommunikointiapuvälineistä huolehtiminen, esim. kuulolaite - Puheterapeutin konsultaatio - Linkkejä reaali maailmaan ja orientaatioon, esim. kello, kalenteri, radio, perhevalokuvat - Asukkaan yksilöllinen hoitosuunnitelma ja asukkaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun - Levottomuutta vähentävät keinot ja tekniikat, esim. kosketus, lämmin kylpy, musiikkiterapia - Asukkaan historian tunteminen - Yhteistyö omaisten, hoitohenkilökunnan jäsenten ja asukkaan entisen hoitopaikan kanssa

Rajoittamisen lopettaminen vaatii muutoksia hoitajien asenteissa ja toiminnassa. Liukkonen (1993) tutkimuksessa rajoittamisen vaihtoehtoina mainittiin vanhuksen käyttäytymisen syyn selvittely, eli yritetään ymmärtää miksi vanhus on levoton tai aggressiivinen. Vanhuksen epärationaalista käyttäytymistä voi myös yrittää sietää ja opetella hyväksymään se. On huomattava, että sellainen käytös, mikä ikääntyneelle on hyväksyttävää kotiloissa - esimerkiksi vaeltelu - voi muuttua häiritseväksi laitosolosuhteissa (Hantikainen 2001). Vanhuksen lähellä oleminen, keskustelu, kuuntelu ja koskettaminen voivat auttaa, kuten myös toimiminen vanhuksen toiveiden mukaisesti esimerkiksi joustamalla osaston päiväjärjestyksestä.

Kodinomainen, rauhallinen ja selkeä ympäristö rauhoittaa vanhusta ja estää levottomuutta, aggressiivisuutta ja vaeltelua (Dewing 2010). Sosiaaliset kontaktit on otettava huomioon: vanhus voi ahdistua yksinolosta tai päinvastoin liian suuresta väkijoukosta ja hälystä ympärillään. Fyysisen toimintaympäristön järjestäminen turvallisesti vanhukselle on tärkeää. Kaikkea ei kuitenkaan voi estää, joten vaihtoehtona on epävarmuuden sietäminen ja mahdollisista vaaratilanteista ja niiden hyväksymisestä keskusteleminen omaisten ja työryhmän kanssa (Liukkonen 1993). Jatkuva kommunikointi ja yhteisten linjojen sopiminen omaisten kanssa on tärkeää (Nay ja Koch 2006).

Thurmondin (1999) tutkimuksessa 80 prosenttia hoitajista nimesi ainakin yhden vaihtoehdon kemialliselle rajoittamiselle, ja vain viisi vastaajaa kuudestakymmenestä nimesi fyysisen rajoittamisen kemiallisen rajoittamisen vaihtoehdoksi. Mutta vaikka rajoittamisen käytölle onkin vaihtoehtoja, ei niitä aina osata nimetä. Hardinin ym (1994) tutkimuksessa 65 prosenttia hoitajista ei maininnut yhtään vaihtoehtoa, ja mainituista keinoista henkilökunnan määrän lisääminen oli yleisin. Henkilökunnan vähyys ja työskentelyolosuhteet voivatkin olla osasy syy rajoitteiden käyttöön (Pekkarinen ym. 2006, Svarstad ja Mount 1991). Ratkaisevinta on työn kuormittavuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien tasapaino: fyysisen rajoittamisen riski on suurin silloin, kun työ on kuormittavaa, mutta siihen ei pystytä itse vaikuttamaan. Työn kuormittavuus ei muodostu vastaavaksi taakaksi, jos henkilökunta

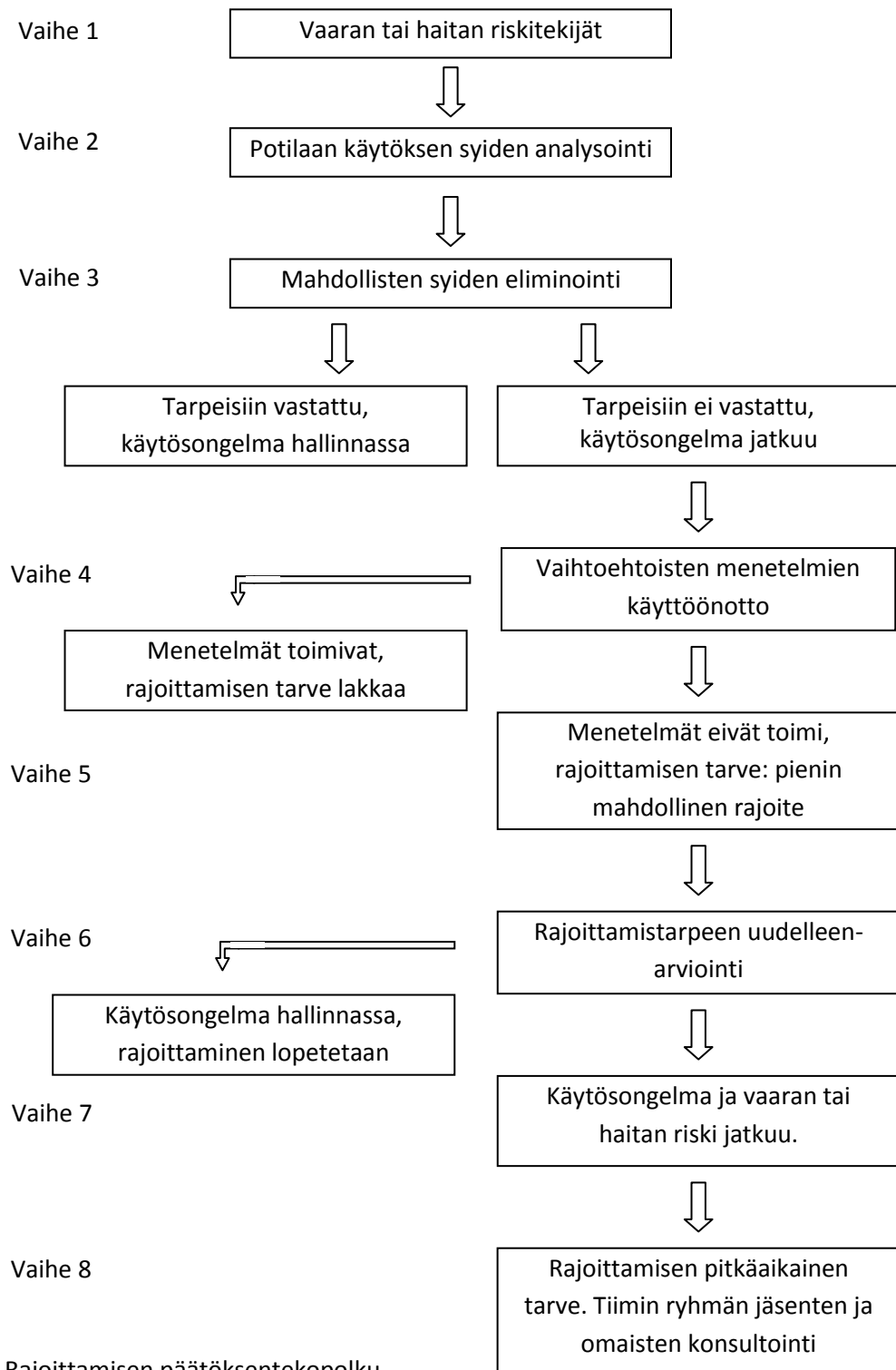
pystyy samanaikaisesti tekemään työtään koskevia päätöksiä ja käyttämään monipuolisesti taitojaan. Tällainen työskentely-ympäristö tarjoaa mahdollisuuden aktiiviseen oppimiseen ja tukee henkilökunnan kokemusta pätevyydestä ja työssä onnistumisesta, jolloin rajoittamistoimenpiteitä voidaan vähentää.

Henkilökunnan ammattitaito, koulutus ja tietopohja ovat oleellisia tekijöitä pyrittäessä rajoittamisen vähentämiseen. Useissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että erilaiset koulutusinterventiot fyysisen rajoittamisen ja psyykenlääkkeiden käytön vähentämiseksi ovat lisänneet henkilökunnan tietämystä ja muuttaneet asenteita niin, että rajoittamistoimenpiteet ovat vähentyneet (Pellfolk ym. 2010, Fossey ym. 2006, Testad ym. 2005, Evans ym. 1997, Stratmann ym. 1997, Ray ym. 1993, Avorn ym. 1992). Asukkaiden lääkitystä on pystytty vähentämään ilman, että levottomuus, aggressiivisuus tai kaatumiset olisivat lisääntyneet. Interventiot olivat yleensä melko pitkäkestoisia, 3-10 kuukauden mittaisia, ja niissä on kiinnitetty huomiota erityisesti käyttäytymisteorioiden soveltamiseen haastavien tilanteiden ratkaisussa, ikääntyneiden lääkahoitoon sekä henkilökunnan lisäkoulutukseen. Esimerkiksi Pellfolkin ym. (2010) tutkimuksessa koulutusohjelman pääteemoja olivat dementia, vanhusten sekavuus, kaatumiset ja niiden ehkäisy, rajoitteiden käyttö ja siitä johtuvat ongelmat sekä rajoittamisen vaihtoehdot, dementoituneen henkilön hoitaminen sekä dementiaan liittyvät erityispiirteet, kuten käytöshäiriöt. Myös hoitohenkilökunnan työtyytyväisyys on noussut tutkimusjakson aikana tarjottujen käytännöllisten ratkaisumallien ja ulkopuolisen, neutraalin asiantuntijan ohjauksen ansiosta (Testad 2005).

4.4.3 Kemiallisen rajoittamisen päätöksentekopolku

Monet vakavasti sairaat potilaat eivät pysty ilmaisemaan itseään verbaalisesti, jolloin käytöksestä tulee heidän pääasiallinen kommunikaatiokeinonsa (Dewing 2010, Fletcher 1996). Hoitohenkilökunnan haasteena on tulkita, mitä potilas tai asukas haluaa käytöksellään ilmaista. Ikääntyneiden potilaiden tulkitseminen on erityisen haastavaa, sillä käytöksen, esimerkiksi levottomuuden, aiheuttajana voi olla useita eri

syitä (kappale 4.4.1). Kuvassa 2 oleva kaavio on kehitetty malliksi rajoittamisen käyttämisen päätöksentekopolusta sairaalassa: mallin ideaa voi hyödyntää myös ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa.



Kuva 2. Rajoittamisen päätöksentekopolku.
(Fletcher 1996)

Ensimmäinen vaihe rajoittamisen tarpeellisuuden määrittämisessä on tunnistaa potilaan tai asukkaan käytöksestä aiheutuva vaaratilanne ja arvioida haittariskin suuruus (Fletcher 1996). Onko käyttäytymisen, esimerkiksi vaeltelun, kontrollointi välttämätöntä? Entä onko asukas itse tai ovatko muut vaarassa? Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta kokee erilaiset käytösongelmat eriasteisiksi stressintuottajiksi (Everitt ym. 1991). Esimerkiksi 90% hoitajista koki fyysisen ja henkisen väkivallan stressitekijäksi, kun taas vaeltelu oli stressitekijä vain 50 prosentin mielestä.

Seuraavassa vaiheessa tulee analysoida huolellisesti asukkaan käytöksen taustalla mahdollisesti olevat syyt, kuten kipu, lääkitys, yli- tai alistimulaatio jne (Fletcher 1996). Kolmannessa vaiheessa mahdolliseen käytöksen aiheuttajaan puututaan: tällöin tarvitaan luovia ratkaisuja mm. hoitoympäristön muuttamiseksi. Mikäli tilanne ei muutu, harkitaan ja sovelletaan rajoittamisen muita vaihtoehtoja (taulukko 7 sivulla 27). Mikäli nekään eivät helpota tilannetta, valitaan fyysinen tai kemiallinen rajoite pienimmän rajoitteen periaatteella, eli lyhin mahdollinen kesto pienimmällä mahdollisella annoksella. Rajoittamistoimenpiteet pitää suhteuttaa siihen haittaan, jota sen on tarkoitus ehkäistä. Rajoittamista ja sen tarvetta tulisi arvioida kriittisesti lyhyin ja säännöllisin väliajoin. Mikäli rajoittamisen tarve jatkuu, tulisi moniammatillista työryhmää ja omaisia konsultoida rajoittamisen hyödyistä, haitoista, riskeistä ja vaihtoehtoista.

II EMPIIRINEN OSA

5. TAVOITTEET

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on antaa lisätietoa hoitajien tietämyksestä, käsityksistä ja asenteista psyykenlääkkeitä sekä kemiallista rajoittamista kohtaan sekä siitä, miten nämä asiat vaikuttavat päätöksentekoon kemiallisen rajoittamisen käyttämisestä. Tässä tutkimuksessa psyykenlääkkeillä tarkoitetaan antipsykoottisia lääkkeitä, masennuslääkkeitä, unilääkkeitä, ahdistuslääkkeitä, mielialantasaajalääkkeitä, epilepsialääkkeitä, opioideja ja erikseen määritellyjä muita lääkkeitä (liite 1). Kemiallisella rajoittamisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lääkkeen käyttöä siten, että sen yksinomaisena tarkoituksena on rajoittaa potilaan liikkumista tai muuta toimintaa tai hillitä hänen käyttäytymistään ilman muuta indikaatiota.

Tutkimuskysymykset

- Miten hoitajat suhtautuvat psyykenlääkkeiden käyttöön ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa?
- Minkälaisia ominaisuuksia hoitajat liittävät psyykenlääkkeisiin?
- Mitä psyykenlääkkeitä on käytössä käytännön hoitotyössä ja käytetäänkö niitä kemialliseen rajoittamiseen?
- Mitä kemiallinen rajoittaminen on hoitajien mielestä?
- Minkälaisia eettisiä näkökohtia kemialliseen rajoittamiseen liittyy?
- Minkälaisia hoitajien ja työyhteisön asenteita kemialliseen rajoittamiseen liittyy?
- Mitä vaihtoehtoja kemialliselle rajoittamiselle on?

6. AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Ryhmähaastattelu tutkimusmenetelmänä

Ryhmähaastattelua on käytetty pitkään markkinointitutkimusten metodina (Hassel ja Hibbert 1996). Ryhmähaastattelu on tehokas ja halpa tapa tuottaa tietoa. Farmasian alalla se on alati kasvava tutkimussuuntaus, jonka kaikkea potentiaalia ei ole vielä hyödynnetty. Haastattelu on ennalta suunniteltu vuorovaikutustilanne, jota haastattelija ohjaa (Hirsjärvi ja Hurme 2011). Tutkimuksen menetelmäksi valittiin laadullinen ryhmähaastattelu, koska tutkimuksen tavoitteena on selvittää tutkittavien näkökulmia, ajatuksia, kokemuksia ja käsityksiä tutkittavasta aiheesta (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Ryhmähaastattelu sopi tutkimusmenetelmäksi myös siksi, ettei aiheesta ole tehty monia aiempia tutkimuksia. Tällöin aiheesta on vain vähän etukäteistietoa ja esimerkiksi kyselylomakkeen laatiminen voi olla vaikeaa.

Ryhmähaastattelussa käydään läpi tutkimuskysymysten kannalta tärkeät teemat haastateltavien kanssa, ja tutkija pystyy tarvittaessa tarkentamaan vastauksia apukysymyksin (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Ryhmähaastatteluissa korostuu keskustelijoiden välinen vuorovaikutus, joka voi nostaa esiin aiheesta sellaisia näkökulmia, joita yksilöhaastattelu ei tuottaisi. Tällaisia voivat olla esimerkiksi arkaluontoiset asiat (Hassel ja Hibbert 1996). Työtoveruudesta voi olla etua ryhmähaastatteluissa, jos keskustelijat kokevat olonsa turvalliseksi ja uskaltavat tuoda julki myös eriäviä mielipiteitä. Se voi myös olla haitta, jos keskustelu ohjautuu väärille urille tai tutkija jää täysin ulkopuoliseksi keskusteluryhmässä esimerkiksi käytetyn ammattikielen tai ”sisäpiirin” muodostumisen vuoksi. Työtovereiden erilaiset asemat työyhteisössä voivat myös haitata tai estää vapaata keskustelua ja mielipiteiden julkittuomista.

6.2 Haastatteluihin osallistuneet hoitajat ja keskustelujen toteutus

Tavoitteena oli saada haastatteluihin lähi- ja sairaanhoitajia mahdollisimman monelta osastolta Hyvinkään kaupungin kolmesta eri vanhainkodista/palvelukeskuksesta, Sahamäestä, Paavolasta ja Kaunistosta. Asukkaiden kunto ja toimintakyky vaihtelevat osastoittain, joten tilanteet ja tarpeet osastoilla vaihtelivat tuoden variaatiota keskusteluihin. Sahamäki on palvelukeskus, jossa on kolme osastoa ja 64 asukaspaiikkaa, jotka soveltuvat enemmän hoitoa tarvitseville (Hyvinkään kaupunki 2013). Lisäksi Sahamäki tarjoaa vuoro- ja lyhytaikaishoitoa. Paavolan vanhainkodissa on neljä osastoa ja 56 asukaspaiikkaa sekä asumispalveluosasto. Vanhainkotihoito on tarkoitettu niille ikääntyville, joiden hoidon ja palvelujen tarve on niin suuri, etteivät he selviydy enää kotona kotihoidon ja tukipalvelujen turvin. Vanhainkotien ympäristö pyritään saamaan mahdollisimman kodinomaiseksi, ja niissä annetaan sekä lyhyt- että pitkäaikaishoitoa. Lyhytaikaishoidolla tuetaan ikääntyvän kotona selviytymistä ja hoitavan omaisen jaksamista: tarkoituksena on myös ehkäistä pysyvää laitoshoidon. Kauniston palvelukeskuksessa on kahdeksan osastoa. Se on 105-paikkainen muistisairaille tarkoitettu tehostetun asumispalvelun yksikkö, jonka yhteydessä toimii muistipoliklinikka. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu niille ikääntyville, joiden toimintakyky on alentunut siten, etteivät he enää selviydy kotona kotihoidon ja tukipalvelujen turvin. Tavoitteena on antaa omatoimisuuteen tukevaa ja kuntouttavaa palvelua ja hoitoa ympärivuorokautisesti. Vanhainkodeissa työskentelee osastofarmaseutti.

Tutkimus toteutettiin mukavuusotannalla eli siihen osallistuminen oli vapaaehtoista. Ryhmäkeskustelut toteutettiin työajalla. Kirjallinen tiedote ryhmäkeskusteluista ”PKV-lääkkeiden käyttö ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Hoitajien näkökulma” (liite 2) liitettiin joka osastolle jätettyyn tutkimuskansioon. Osastoilla käynnistyi samanaikaisesti LL Anni Karppilan väitöskirjatutkimukseen ”Psyykeen vaikuttavien lääkkeiden käyttö ikääntyneillä” liittyvä kyselytutkimus hoitajille, johon liittyvät tiedotteet kansioitiin. Rekrytointi tapahtui lisäksi sähköpostitse sekä tiiminvetäjien että hoitajien työ sähköpostiosoitteita käyttäen. Myös suoraa rekrytointimenetelmää

käytettiin, toisin sanoen pyydettiin kasvokkain kohdattuja hoitajia osallistumaan keskusteluun. Ryhmiä rekrytoitiin kolme: tavoitteena oli neljän - viiden hengen ryhmät, mutta kahteen ensimmäiseen osallistui kolme hoitajaa ja viimeiseen onnistuneen rekrytoinnin jälkeen peräti seitsemän.

Hoitajista kymmenen oli lähihoitajia, yksi mielenterveys- ja yksi perushoitaja sekä yksi terveydenhoitaja. Sairaanhoitajia ei osallistunut tutkimukseen. Sairaanhoitajat toimivat osastoiden tiiminvetäjinä eli heitä on vain yksi osastoa kohden. Tiiminvetäjä osallistuu hoitotyöhön, mutta hänellä on myös muita velvotteita, kuten esimerkiksi työvuorolistojen laatiminen ja muut toimistotyöt. Hoitajien työkokemus vaihteli kahdesta kolmeen kymmeneenviiteen vuoteen, keskimääräinen työkokemus oli 11 vuotta. Kaikki hoitajat olivat toimineet lähes koko työuransa ajan vanhustenhoidossa. Toisessa ryhmätilaisuudessa kaikki keskustelijat olivat samalta osastolta, muissa tilaisuuksissa oli hajontaa.

Keskustelut pidettiin vuoden 2013 helmi-huhtikuussa vanhainkotien ryhmätyötiloissa ja niiden alussa oli kahvitarjoilu tunnelman rentouttamiseksi. Keskusteluissa oli läsnä vain tutkija, ja keskustelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla osallistujien luvalla. Keskustelut kestivät 45-76 minuuttia.

6.3 Keskustelurunko ja taustatietolomake

Keskustelurunko (liite 3) johdettiin Reetta Saarnion (2009) väitöskirjan ”Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa” haastattelukysymyksistä. Keskustelurunko muotoutui omanlaisekseen pohdinnoissa ohjaajien ja yhden vanhusten pitkäaikaishoidossa toimivan lähihoitajan kanssa. Keskustelurungossa oli ensimmäisen lämmittelykysymyksen lisäksi kahdeksan tutkimuksen tavoitteiden mukaista pääteemaa, joista kaksi jakautui alateemoihin. Pääteemoina olivat psyykenlääkkeiden käyttö sekä päivittäisen käytön että kemiallisen rajoittamisen näkökulmasta; haastava potilastapaus ja tilanteen ratkaisu (liite 4); kemiallisen rajoittamisen määrittely; kemiallisen rajoittamisen suhde fyysiseen rajoittamiseen;

kemiallisen rajoittamisen eettinen puoli ja potilaan informointi; kemiallisen rajoittamisen käsittely työyhteisössä sekä kemiallisen rajoittamisen vähentäminen.

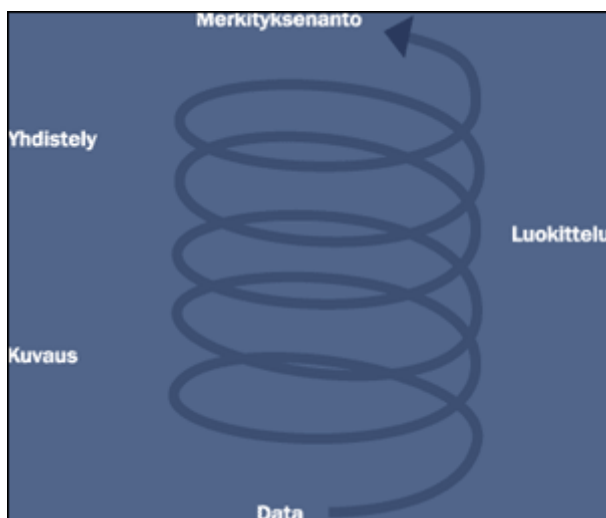
Psykenlääkkeiden käyttöä tutkittiin jakamalla hoitajille lääkelistat psyykeen vaikuttavista lääkkeistä (liite 1) ja heitä pyydettiin ympyröimään ne lääkkeet, joita heidän osastollaan oli ns. listalääkkeinä eli päivittäisessä käytössä. Listaannettiin palattiin myöhemmin ja pyydettiin merkitsemään rastilla ne, joita käytettiin kemialliseen rajoittamiseen. Hoitajia rohkaistiin vapaasti kommentoimaan lääkkeitä.

Runko pilotoitiin Hyvinkään kaupunginsairaalan akuuttiosaston hoitajilla (n=4) syksyllä 2012. Pilotoinnissa runko todettiin toimivaksi muutamin tarkennuksin. Yhtään kysymystä ei poistettu, mutta runkoon lisättiin alakysymys yhteistyöstä lääkärin kanssa. Taustatietolomakkeeseen (liite 5) sisältyi suppea koonti haastateltavien koulutuksesta ja työkokemuksesta. Lomakkeeseen lisättiin kohta ”kyselyyn vastattu kyllä/ei”: kyse oli samaan aikaan alkaneesta Anni Karppilan väitöskirjatutkimukseen liittyvästä kyselystä hoitajille. Kysely käsitteli kemiallista rajoittamista, joten vastaamiseen voitiin katsoa mahdollisesti muuttavan ryhmäkeskusteluista saatuja tuloksia.

6.4 Aineiston analysointi

Nauhoitetut haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja analysoitiin analyyttisellä vertailumenetelmällä, jossa tutkija vertaa analysoimansa aineiston osia keskenään jatkuvasti analyysin aikana (Silverman 2000). Pilottihaastattelu päätettiin jättää tutkimusanalyysin ulkopuolelle, koska sairaalan akuuttiosasto on toimintaympäristönä täysin toisenlainen kuin vanhainkodit. Alustava luokittelurunko luotiin ryhmähaastattelun teemojen mukaan: aineisto luokiteltiin havaintoluokkiin, jotka yhdistettiin lopuksi teemoiksi. Luokittelurunko tarkentui analyysin etenemisen myötä. Keskustelut analysoitiin poimimalla keskusteluista lauseita haastattelun teemojen alle. Lauseista poimittiin avainsanoja, jotka yhdistettiin uusiksi teemoiksi.

Analyysi tehtiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, koska tutkimuksessa ei ole teoreettisia johtajideoita, joita pyrittäisiin todentamaan aineiston avulla (Hirsjärvi ja Hurme 2011). Induktiivista sisällönanalyysiä voidaan kutsua myös konventionaaliseksi sisällönanalyysiksi: tähän prosessiin kuuluu aineiston purkaminen osiin, sisällöllisesti samankaltaisten osien yhdistäminen, kokonaisuudeksi tiivistäminen eli pelkistäminen sekä abstrahointi (Kylmä ja Juvakka 2012). Dey (1995) kuvaa kvalitatiivisen aineiston analyysiä kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu spiraalimaisesti aineiston kuvaus, luokittelu ja yhdistely.



Kuva 3. Laadullisen analyysin spiraali (Dey 1995)

6.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukselle saatiin lupa Hyvinkään kaupungin perusturvakeskukselta. Osallistujien henkilötietoja ei käytetty tutkimuksessa ja aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Osallistujia tiedotettiin kirjallisesti ennen keskusteluita sekä suullisesti tilaisuuden alussa (liite 6). Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja kukin osallistuja antoi kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta (liite 7).

7. TULOKSET

7.1 Vanhainkotien osastoilla käytössä olevat lääkkeet ja hoitajien kokemukset niistä

Taulukoihin 8 ja 9 on koottu lääkkeet, joita hoitajien mukaan käytetään vanhainkotien osastoilla. Taulukossa 8 ovat säännöllisesti käytettäviksi määrätyt lääkkeet ja taulukossa 9 lääkkeet, joita käytetään tarvittaessa kemialliseen rajoittamiseen. Taulukot on eritelty haastatteluryhmittäin (R 1-3) ja suluissa on maininta siitä, kuinka monta henkilöä ryhmään kuului. Lääkkeiden kohdalla oleva luku kertoo mainintojen lukumäärän ja viimeisessä sarakkeessa oleva luku mainintojen lukumäärän lääkeryhmittäin.

Taulukko 8. Vanhainkotien osastoilla päivittäin käytössä olevat lääkkeet. Haastatteluryhmien (R1-3) perässä on hoitajien lukumäärä kyseisessä ryhmässä ja taulukossa lääkeaineen kohdalla oleva luku kertoo mainintojen lukumäärän. Viimeisessä sarakkeessa oleva luku kertoo mainintojen lukumäärän lääkeryhmittäin.

LÄÄKERYHMÄ	LÄÄKEAINE	R1 (n=3)	R2 (n=3)	R3 (n=7)	YHT	YHT/ lääkeryhmä
Perinteiset psykoosilääkkeet	Haloperidoli (Serenase)	3	-	4	7	10
	Melperoni (Melpax)	-	-	1	1	
	Proklooriperatsiini (Stemetil)	1	-	-	1	
	Tsuklopentiksoli (Ciscordinol)	1	-	-	1	
Uuden polven psykoosilääkkeet	Ketiapiini (Ketipinor, Seroquel)	3	3	4	10	26
	Klotsapiini (Leponex, Clozapin)	1	-	-	1	
	Olantsapiini (Zyprexa, Olanzapine)	1	-	2	3	
	Risperidoni (Risperdal)	3	3	6	12	
	Litium (Lito)	1	-	-	-	1
Rauhoittavat lääkkeet	Alpratsolaami (Alprox, Xanor)	-	-	1	1	31
	Diatsepaami (Diapam, Stesolid)	1	1	6	8	
	Hydroksitsiini (Atarax)	2	-	-	2	
	Loratsepaami (Temesta, Lorazepam)	2	3	6	11	
	Oksatsepaami (Opamox, Oxamin)	3	-	6	9	
Unilääkkeet	Melatoniini (Circadin, Melatonin)	2	3	4	9	26
	Tematsepaami (Tenox)	2	1	4	7	
	Tsolvipideemi (Somnor, Stella)	1	-	-	1	
	Tsopikloni (Imovane, Zopinox)	3	2	4	9	

Masennuslääkkeet	Amitriptyliini (Triptyl)	-	1	-	1	29
	Duloksetiini (Cymbalta)	2	-	-	2	
	Essitalopraami (Cipralex, Escitalopram)	2	2	3	7	
	Mirtatsapiini (Mirtazapine, Remeron)	2	3	3	8	
	Sitalopraami (Cipramil, Sepram)	2	3	2	7	
	Tratsodoni (Azona)	2	-	1	3	
	Venlafaksiini (Efexor, Venlafaxin)	-	-	1	1	
Epilepsialääkkeet	Gabapentiini (Neurontin, Gabapentin)	-	-	1	1	23
	Karbamatsepiini (Neurotol, Tegretol)	1	-	1	2	
	Levetirasetaami (Keppra)	3	-	1	4	
	Okskarbatsepiini (Apydan, Trileptal)	2	-	-	2	
	Pregabaliini (Lyrica)	3	-	3	6	
	Valproiinihappo (Absenor, Deprakine)	3	3	2	8	
Dementialääkkeet	Donepetsiili (Aricept, Doneratio)	-	2	1	3	28
	Galantamiini (Reminyl, Galantamil)	1	-	1	2	
	Memantiini (Ebixa)	3	3	6	12	
	Rivastigmiini (Exelon)	2	3	6	11	
Opioideit, heikot	Buprenofiini (Norspan)	3	-	4	7	16
	Kodeiinin yhdistelmä (Panacod)	-	1	4	5	
	Tramadoli (Tramadol)	1	1	2	4	
Opioideit, vahvat	Fentanyyli (Durogesic, Fentanyl)	2	-	4	6	16
	Morfiini (Morphin, Dolcontin)	-	-	3	3	
	Oksikodoni (Oxynorm, Oxanest)	3	-	4	7	

Tutkimusosastoilla oli muistisairaita potilaita, joten Alzheimerin taudin ja siihen liittyvän dementiaan lääkitys (memantiini, 12 mainintaa ja rivastigmiini, 11 mainintaa) oli yleistä. Uuden polven psykoosilääkkeitä käytettiin huomattavasti enemmän kuin perinteisiä psykoosilääkkeitä. Perinteisistä psykoosilääkkeistä mainintoja sai pääasiassa haloperidoli. Uuden polven psykoosilääkkeistä eniten käytettiin ketiapiinia ja risperidonia. Eräs hoitajista mainitsi, että ”aiemmin Alzheimerin tautia pidettiin Risperdalin puutostautina”. Valproiinihappoa voidaan käyttää haloperidolin ja risperidonin tavoin Alzheimerin taudin käytösoireiden hoitoon, joten se mainittiin myös useasti. Käytösoireiden lääkehoitoa hoitajat kommentoivat seuraavasti:

Niin ja se [aggressiivisuus] on ohimenevä vaihe, muistakaa vaan se et se on ohimenevä vaihe siinä, et jossain vaiheessa se seesteinen aika palaa ja sit siinä vaiheessa niit lääkkeitä ei sit todellakaan kannata enää käyttää.
(Ryhmä 3)

Ne [lääkärit] yleensä myöski aina painottaa sitä et pitää tarkkailla sitä et mihin se muuttuu se tilanne. Et hyvin nopeesti niitä puretaan, jos niist tulee niitä ei-toivottuja vaikutuksia esiin mitkä sit taas niinku on huonompi ku se sekavuus. (Ryhmä 1)

Masennuslääkitys oli yleistä (yhteensä 28 mainintaa): masennuslääkkeistä käytettiin eniten serotoniinin takaisinoton estäjiä sekä mirtatsapiinia, jolla on väsyttävä vaikutus. Bentsodiatsepiinit (alpratsolaami, diatsepaami, loratsepaami ja tematsepaami) saivat yhteensä 36 mainintaa. Unettomuuden hoidossa käytettiin nukahtamislääkkeiden lisäksi yleisesti melatoniinia (9 mainintaa). Kivun hoitoon käytettiin sekä heikkoja että vahvoja opioideja. Vahvat opioidit (fentanyyli, morfiini ja oksikodoni) ovat tehokkaita lääkkeitä vaikean kivun hoitoon, mutta niillä on runsaasti sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointi, uneliaisuus ja sekavuus. Opioideja kommentoitiin seuraavasti:

Sit jotkut näistä särkylääkkeistä, esimerkiks noi panacodit ja.. ne ei.. kodeiinivalmisteet ei kyl sovi muistisairaille.. sit se on jännä, meil on

justiin nää niinkun nää kipulaastarit niin, yks meni aivan sekasin laastarista et ei niinku.. oli kolme, kaks päivää, perjantaina aloitettiin, mä tulín maanantaina töihin ni se oli hyvä ettei se menny, se oli ihan, se oli siis aivan järkyttävä. Siis niin sekasin ku seinäkello ... mä olin että mä repäsen sen [laastarin] äkkiä pois siitä, se on kohta ihan psykoosissa kyllä. Se oli siis niin järkyttävä (Ryhmä 3)

Seuraavaan taulukkoon on koottu lääkkeit, joita hoitajien mukaan käytetään tarvittaessa kemialliseen rajoittamiseen.

Taulukko 9. Vanhainkotien osastoilla kemialliseen rajoittamiseen käytettävät lääkkeet. Haastatteluryhmien (R1-3) perässä on hoitajien lukumäärä kyseisessä ryhmässä ja taulukossa lääkeaineen kohdalla oleva luku kertoo mainintojen lukumäärän. Viimeisessä sarakkeessa oleva luku kertoo mainintojen lukumäärän lääkeryhmittäin.

LÄÄKERYHMÄ	LÄÄKEAINE (LÄÄKE)	R1 (n=3)	R2 (n=3)	R3 (n=7)	Yht (n=13)	Yht /lääke- ryhmä
Perinteiset psykoosilääkkeet	Haloperidoli (Serenase)	-	-	1	1	1
Uuden polven psykoosilääkkeet	Ketiapiini (Ketipinor,Seroquel)	-	3	1	4	11
	Risperidoni (Risperdal)	2	1	4	7	
Rauhoittavat lääkkeet	Diatsepaami (Diapam, Stesolid)	-	-	3	3	15
	Loratsepaami (Temesta,Lorazepam)	1	3	4	8	
	Oksatsepaami (Opamox, Oxamin)	1	-	3	4	
Unilääkkeet	Tsopikloni (Imovane, Zopinox)	-	-	1	1	1
Masennuslääkkeet	Duloksetiini (Cymbalta)	1	-	-	1	1
Epilepsialääkkeet	Valproiinihappo (Absenor, Deprakine)	-	1	-	1	1

Kemialliseen rajoittamiseen käytettiin suurimmaksi osaksi bentsodiatsepiinejä (15 mainintaa). Näistä käytettiin eniten tematsepaamia, joka on keskipitkävaikutteinen bentsodiatsepiini. Risperidoni sai 7 mainintaa ja ketiapiini 4 mainintaa. Huomionarvoista on, että taulukkoja vertailtaessa näitä lääkkeitä käytetään pikemminkin säännöllisesti kuin tarvittaessa, vaikka käytön tulisi olla lyhytaikaista ja tarveharkintaa tulisi tehdä säännöllisin väliajoin. Myös haloperidoli sai enemmän mainintoja päivittäin käytettynä kuin kemiallisena rajoitteena (7 vs. 1). Yksittäisiksi maininnoiksi jääneet lääkkeet ovat kuriositeettejä - tarvittaisiin lisäkysymyksiä selvittämään, miksi hoitaja määrittelee masennuslääkkeen (duloksetiini, mirtatsapiini) tai voimakkaan kipulääkkeen (oksikodoni) kemiallisiksi rajoitteiksi ja käytetäänkö niitä todella siihen tarkoitukseen. Näiden lääkkeiden, etenkin mirtatsapiinin ja oksikodonin, sivuvaikutuksena esiintyy väsymystä ja uneliaisuutta, mutta esimerkiksi morfiinijohdannaisen käyttäminen kemiallisena rajoitteena ei ole rationaalista lääkehoitoa.

Hoitajien kommentointi kummastakin lääkeryhmästä, listalääkkeistä ja kemiallisina rajoitteina tarvittaessa käytettävistä, oli melko niukkaa. Hoitajia rohkaistiin kertomaan nimenomaan omista kokemuksistaan ja tuntemuksistaan toimiiko jokin lääke vai ei, onko se hyvä vai huono ja minkälaisia kokemuksia lääkkeen käytöstä on tai minkälaisia ominaisuuksia siihen voisi liittää. Kemiallisina rajoitteina käytettyjä lääkkeitä kommentoitiin seuraavasti:

Ne [lääkärit] ensimmäisenä laittaa sit yleensä ton ton serenase [haloperidoli] käyttöön ja se vie useesti jalat, se on huomattu, olen ollut näkemässä sitä hommaa. Ni se puretaan hyvin nopeesti koska se tuo epämiellyttävän haittavaikutuksen mukanaan. Sit niist konsultoidaan uudestaan lääkäreitä mitkä sitte yleisesti kattoo aina jonkun toisen lääkkeen mut serenase on mun mielestä melkeen se ensimmäinen
(Ryhmä 1)

Se [serenase] on semmonen äkillinen rauhottava ..et vaatii aikamoisen totuttelun vanhuksille että se pystyis sen ihan täysjärkeisesti käyttämään (Ryhmä 1)

Se on yleensä jotain bentsodiatsepiiniä mitä sitte määrätään, Diapamia. Yhdelle määrättiin kun hän oli tulossa laitosten yli monta kertaa sieltä ja toinen jalka amputoitu, sieltä oli tulossa aina öisin niin siihen määrättiin sitte ainaki Diapamia. Että yleensä niitä (Ryhmä 3)

Lääke ei aina vaikuttanut toivotulla tavalla. Vaikka lääkkeen käyttöä ei nähty järkevänä tai se ei auttanut, hoitoa jatkettiin kuitenkin rutiinimaisesti:

Sillonku se [ketiapiini] toimii ni se rauhoittaa asukkaan ja ja vähentää niitä käytösoireita esimerkiksi yöaikaan ja yötä vasten on joskus kokeiltu ja on onnistunu että on nukkunu hyvin ja ja jos on heränny wc-tarpeeseen niin ei oo ollu niitä vaikeita käytöshäiriöitä silloin. Toisinaan taas ei oo mitään vaikutusta. (Ryhmä 2)

Ja sit semmosta et sitä [lääkettä] annetaan vaikka on nähty, että se ei toimi.. ni sitä mä en niinku ymmärrä että et kirjataan aina et annettu se ja se, arviointi: ei auttanut. Seuraavana päivänä sama juttu, ei auttanut (Ryhmä 3)

Hoitajat voivat olla epävarmoja tiedoistaan lääkkeiden ja lääkehoidon suhteen:

Sitähän ei voi välttämättä tietää että miks lääkäri on valinnu just sen [lääkkeen], että me ei voida sitä ehkä tietää (Ryhmä 1)

Tarkotatko mitkä on hyviä [kemialliseen rajoittamiseen] vai mitkä on käytössä, koska mä en voi tietää mitkä on hyviä (Ryhmä 2)

Toisaalta monilla mukana olleilla hoitajilla oli vuosien tai vuosikymmenten kokemus vanhustenhoidosta ja tavallisimmista ikääntyneiden ja dementoituneiden hoidossa käytössä olevista lääkkeistä, mikä joissakin kommenteissa kävi myös ilmi:

Ja muutenki vanhuksilla niinni no ihan kaikki päivystävät lääkärit mitkä sillon tällön on niinni ei ne kaikki tavallaan muista ajatella sitä että ne määrää niinkun noita lääkkeitäki sillä normiannostuksella ku sit taas vanhuspotilailla pitäis olla muutenki pienemmät annosmäärät ja yleensäki ni. (Ryhmä 1)

Neuroleptit, neuroleptit mun mielestä, varsinkin ne vanhan polven neuroleptit, niin nehän on ihan myrkkyä, myrkkyä dementoituneelle tai muistisairaille (Ryhmä 3)

Yleensä katotaan aika tarkkaan ne lääkkeet [esimerkiksi tilanteessa, kun vanhus tulee terveyskeskuksesta osastohoidosta] ja sielt useesti saadaanki purettua [lääkkeitä] aikalaille pois (Ryhmä 1)

7.2 Kemiallinen rajoittaminen ja sen määrittely

Kemiallinen rajoittaminen pyydettiin määrittelemään omin sanoin. Se määriteltiin pääasiassa liikkumisen estämiseksi ja käyttäytymisen hillitsemiseksi.

Liikkumista ja käyttäytymistä hillitsevää lääkitystä et sillon ku ei oo selkeetä lääketieteellistä perustetta siihen lääkkeen antoon.. tai lääkinnällistä perustetta (Ryhmä 3)

Että saadaan asukas rauhalliseksi lääkitsemällä sitä.. estetään se, niinku (Ryhmä 3)

Mun mielestä se on liikkumisen rajoittamista, lääkitsemällä (Ryhmä 3)

Mä nään kemiallisen rajoittamisen niin että se on just lääke mitä ei koko ajan anneta vaan niinku tiettyyn tiettyyn tota sellaseen tilanteeseen et rajotetaan jotain sillä hetkellä olevaa sellasta tekemistä esimerkiks mutta sittenhän siinä on aina joku syy, että eihän se niinku vaan oo se rajoittaminen vaan sitte pitää kans selittää että miksi? (Ryhmä 1)

Dementia- tai alzheimerpotilaiden kohdalla rajoittamista pohdittiin erityisesti. Käyttöoireiden hoitaminen katsottiin myös rajoittamiseksi:

Mä nään sen sit taas silleen et sitähän on.. se on melkeen kaikille laitosasukkaille millä on löytyy dementiaa tai alzheimeria ja ja ihan sama mikä niist tulee niit aggressiivisia käyttöoireita ni kyl niihin lääkärit määrää hyvin äkkiä jonkun mikä taltuttaa sitä ei-toivottua käyttöoiretta koska ei meist niinku me ollaan nyrkkeilysäkkeinä muuten tuolla (Ryhmä 1)

Et mä nään senkin kemiallisena rajoittamisena et kumminki poissuljetaan niitä ei-toivottuja oireita. Käyttöoireita. (Ryhmä 1)

Kemiallisen rajoittamisen käsite ei kuitenkaan ollut yksiselitteinen eikä yksiselitteisesti negatiivinen. Kysymyksen monimutkainen eettinen aspekti sekä tilannesidonnaisuus nousi esille jo keskustelun alkuvaiheessa.

Se on se katsantokanta että minkä näkee että mikä on niinku rajoittamista (Ryhmä 1)

Nimenä kauheen negatiivinen, mun oli ainaki vaikea edes avata sitä asiaa, koska mä ajattelen asukkaasta lähtösin aina, en ajattele sitä niin välttämättä että lähden rajoittamaan, vaan ajattelen et jos esimerkkinä asukas on hyvin ahdistunut siihen olotilaansa niin se on sillon helpottavaa, ei rajoittavaa. (Ryhmä 2)

Mä puntaroin sitä kumpaa tää oikeen on (Ryhmä 2)

Seuraava lause kiteyttää ajatuksen hyvin:

Et tietyllä tapaa me rajotetaan kaikkia mutta ihan kunnollisesti kemiallisesti rajotetaan yhtä ihmistä (Ryhmä 1)

7.3 Kemiallisen rajoittamisen syyt

Kemiallisen rajoittamisen syinä mainittiin hoitohenkilökunnan työskentelymahdollisuuksien turvaaminen, asukkaan oman turvallisuuden takaaminen, muiden asukkaiden rauhan ja turvallisuuden varmistaminen, asukkaan auttaminen, henkilökunnan vajaamiehitys, asukkaan aggressiivisuus, omaisten vaatimukset sekä vanhentuneet toimintamallit ja -käytännöt. Taulukossa 10 kerrotaan syiden maininnat haastatteluryhmittäin sekä yhteismäärä.

Taulukko 10. Kemiallisen rajoittamisen syyt: syiden maininnat haastatteluryhmittäin sekä yhteismäärä.

Syy	Ryhmä 1	Ryhmä 2	Ryhmä 3	Yhteensä
Hoitajien työskentelyn turvaaminen	-	-	11	11
Muiden asukkaiden turvallisuuden takaaminen	4	2	3	9
Asukkaan oman turvallisuuden takaaminen	2	2	4	8
Asukkaan auttaminen	5	-	-	5
Henkilökunnan vajaamiehitys	2	2	-	4
Asukkaan aggressiivisuus	2	-	2	4
Omaisten vaatimukset	-	-	3	3
Vanhat toimintamallit	-	-	2	2

Joko asukkaan itsensä tai muiden asukkaiden turvallisuuden takaaminen oli kemiallisen rajoittamisen suurin syy (yhteensä 17 mainintaa). Hoitohenkilökunnan velvoite on varmistaa asukkaan turvallisuus. Hoitajat ovat vastuussa, jos asukkaalle tapahtuu jotain, joten potentiaalisia vaaratilanteita on vältettävä.

Sit siit ei kerta kaikkiaan mitään tullu et hän oli sit siellä jo laitojen sillee välissä et toinen jalka oli siellä lattialla ja amputoitu sitte siinä näin ja ku ei hän sitä ymmärtäny et ei hän sitä käsittäny et se on amputoitu se toinen jalka ja näin ni me tuotiin sit ihan siihen näkyville meidän näkyville siihen niin aulaan et pystyttiin seuraamaan, seuraamaan sitä asukasta. Sitte tosiaan soitettiin lääkärille ni oli.. määräsi sitte sitä diapamia.
(Ryhmä 3)

Tänäänkin hän sitten kaatui koska siirtelee nojatuolit sohvat ja kaikki tämmöset että niinku oman turvallisuuden takia jo koska mitkään ohjeistukset ja kun on kolmetoista muutakin ihmistä siellä, ei me voida pitää koko ajan kädestä kiinni, että vaikka kuinka yrittäis rauhoittaa ja ohjata muualle mutta sit ku se muistisairaus on edenny niin pitkälle niin ei siin että kun kun se oma turvallisuus niinku hänellä vaarantuu niin pahasti ja sit tosiaan on lyönyt [päänsä] ja tälle.. (Ryhmä 3)

Must tuntuu et justiin tämmöseen fyysiseen rajoittamiseen niin hoitajat suhtautuu positiivisesti ettei itse joudu siitä vastuuseen että minun kohdallani näin kävi että minä olin vuorossa ja se meni ja pää auki, että varmaan se on hyvin paljon tämmöstäkin varovaisuutta (Ryhmä 3)

Osaston muiden asukkaiden rauha ja turvallisuus tulee taata, jolloin yksittäisen asukkaan etu häviää useamman ihmisen hyvinvoinnille. Asukas voi käyttäytyä häiritsevästi tai asukkaiden välille voi syntyä erimielisyyksiä ja riitoja, joiden taltuttamiseen voidaan tarvita myös rauhoittavia lääkkeitä.

Sit joutuu antamaan tarvittavia lääkkeitä kun mennään niin ylikierroksilla, siinä häiriintyy sitte nämä muut (Ryhmä 1)

Kyl me lääkärille esitetään asia varmaan jos ei se millään keinoin rauhotu koska sitte osaston muukin turvallisuus ja rauha on tavallaan vaarassa. (Ryhmä 1)

On ollu tilanne että toinen asukas niin tämä asukas väittänyt toisella asukkaalla olevan hänen kaulakorun helmet ja on lähtenyt siitä niitä ottamaan jolloin kävikin niin että hän alkoi niillä kuristamaan asukasta. Että tämmönen tilanne on ollu ja siihen tilanteeseen on annettu tarvittavaa lääkettä kyllä. (Ryhmä 2)

Välil säälistää muuten muut asukkaat koska ne kärsii siit hirveesti et jos rehaa ja riehuu ja käy huoneessa penkomas tavarat ja herra ties mitä tekemässä, selittämäs omiaan, monet siis voi sanoo et en yhtään ihmettele et tulee semmosii tilanteita et asukkaat tappelee keskenänsä hirveitä riitoja, koska päivästä toiseen kuitenkin, heki sairaita ihmisiä ni joutuu elämään sen kanssa, mutta sit aina vastaan että on hänelläkin oikeus olla täällä (Ryhmä 3)

Kemiallista rajoittamista käytettiin myös hoitohenkilökunnan työskentelyrauhan takaamiseksi. Joskus rajoittaminen miellettiin välttämättömäksi toimenpiteeksi, että työt saatiin ylipäättään tehtyä.

[Silloin täytyy rajoittaa] jos se [liikkuminen] koetaan hoitajaa häiritseväenä ja hoitajat ei sitten kerkiä muita töitä tehdä siinä sitte ku vahditaan (Ryhmä 3)

Jatkuvasti, joka yö vuode märkänä, kaikki märkänä peittoa myöten. Ja asukas riisuu pois vaipat niin, joka ikinen yö ja on sanottu hänelle siitä että, mut kuitenkin hän tekee sitä.. niin tota ni kyl mä ymmärrän, kyl mä ymmärrän isol osastolla ihan oikeesti sitte ku on jos on työntekijöistä siel pula ja meitä on vähän (...) tälläki, tällä osastolla mis oon ollu ni siel on kuitenkin se 21 vai 22 asukasta ja illassa ollaan kolme hoitajaa ja joskus mennään kahella jos puuttuu sitte työntekijä ni sit jos siellä on näitä levottomia asukkaita ni ei vaan kerta kaikkiaan kerkee antaa sitä aikaa sille. (...) sit jos on yöhoitaja yössä ja sit sil saattaa olla jopa kolme, neljä asukasta levotonta sä oot yksin sillä osastolla misson näin monta asukasta ni sä et voi olla jokasen luona samaan aikaan rauhoittamassa. Ei se on ihan .. et se on niinku mahdoton yhtälö vaikka tota kuinka olis, hyvää tahtoa (Ryhmä 3)

..että ilkeyttään tehdään [kemiallista rajoittamista].. niinku realiteetteja myöski [kaivataan] (Ryhmä 3)

Asukkaan aggressiivisuus on selkeä syy rajoittamistoimien käyttämiselle, ja silloin lääkkeitä myös käytetään. Tällöin on kyseessä myös työturvallisuus.

Niinku me ollaan nyrkkeilysäkkeinä muuten tuolla et kyl sitä niinkun, kyl sitä tapahtuu, melkein jokaisella on jotain noilla lääkityksiä et niinkun aggressiivisimpia tapauksia sitte lääkitään vähän runsaammin koska niihin ei sitte auta ei puhe eikä mikään niin pakko ne on hoitaa. (Ryhmä 1)

Ni ei siihen ois [hellät keinot] tehonnu, se meni niin niiku, se potki ja löi ja mä jouduin jopa olemaan pari päivää sairaslomalla ku sai niin pahasti väännetty. Ja sit ku just siin on se et ei saa niiku hoitajana tarrata, et sä et voi ottaa niiku kovaa kiinni, piti pitää sillee hellästi, ettei jää jälkiä ettei ite joudu jonnekki syytteeseen (Ryhmä 3)

Myös verbaalinen aggressiivisuus tunnistettiin ja koettiin työskentelyrauhan häiritsemiseksi. Hoitajien ei tarvitse olla yli-ihmisiä ja antaa kohdella itseään miten tahansa.

Mut toisaalta sit rajansa hoitajanki jaksamisella, täytyy niinku ihan sanoo. Et ei niinku ei ihan ihan kaikkee ei voi eikä tarvitse sietää .. jatkuvaa haukkumista ja huutamista (Ryhmä 3)

Rajoittamista käytettiin asukkaan auttamiseksi ja pahan olon poistamiseksi. Tällöin rajoittaminen miellettiin itsestäänselväksi, positiiviseksi asiaksi sekä eettisesti oikeaksi ratkaisuksi.

Mä pyrin vaan auttamaan siinä, että se on, se on hirveetä kun näkee sen levottomuuden ja sen tuskan ja sekavuuden ja sitten niiku että kun sen antaa sen lääkkeen niin näkee, näkee sen rauhallisuuden kun se koko kehohan käy sellasilla kierroksilla. Mä koen sen tosi hyvänä sellasissa, jos on niiku oikeesti tarpeen ja koettu et se auttaa. Et se ei auta mua, vaan se auttaa sitä ihmistä. (Ryhmä 1)

Jos hän kokee että nyt on tappouhka ja pienet lapset ja pitää päästä pakoon, ni jos ihminen kokee että sitä yritetään tappaa niin sehän on totta sille. Tottakai mä yritän saada sen pois jos on siihen keino. Niin mä ymmärrän kyllä sen että se on totta sille ihmiselle (Ryhmä 1)

Fyysistä rajoittamista käytettiin kemiallista rajoittamista enemmän. Fyysinen rajoittaminen oli myös kemiallista hyväksytympää hoitohenkilökunnan keskuudessa. Omaiset sensijaan saattoivat jopa suosia kemiallista rajoittamista. Aukkaan tilanteen pohtiminen omaisten kanssa on välttämätöntä: joskus heidän kanssaan sovittiin suurempien riskien ottamisesta, joskus taas nimenomaan omaiset vaativat rajoittamistoimenpiteitä.

Meillä on fyysistä rajoittamista enemmän, selkeesti enemmän, mutta sekin on niinkun sen takia kun asukkaat lähtee kävelemään ja kyky ei riitä. (Ryhmä 3)

Mä luulen että se [fyysinen rajoittaminen] on varmaan niinkun hyväksytympi, niin hoitajien keskuudessa hyväksytympi, harvemmin siitä tulee paljon puhuttua... (Ryhmä 3)

Omaiset ilmeisesti kokee että se kemiallinen rajoittaminen on niinkun positiivisempi ku se että laitetaan tuoliin kiinni (...) Yhdestä meidän asukkaasta oli omaisten kanssa keskusteltu tästä mun loman aikana siitä että kumpaa niinku he mieluummin niin oli sanonu että mieluummin kemiallinen rajoittaminen (Ryhmä 3)

Yksi jonka kanssa me mennään riskillä, omaisten kanssa sovittu. Että kaatuu jos kaatuu (Ryhmä 3)

Meillä ne omaiset.. mielummin me annettais mennä enemmän riskillä mut ne omaiset haluaa et sidotaan tuoliin (Ryhmä 3)

Kemiallista rajoittamista edistävät vanhat, jumiutuneet toimintamallit, joita ei kyseenalaisteta, sekä väärä henkilöstömitoitus. Vaihtoehtoisia keinoja ei tällöin osata hyödyntää tai ehditä ottaa käyttöön. Myös hoitajien sijaiset, varsinkin uudet, aiheuttivat perushoitoon pitäytymisen, koska ylimääräinen liikenevä aika kului sijaisten ohjeistamiseen.

Nois vanhoissa taloissa, esimerkiks X, mä voin kuvitella näin, mä oon siel joskus ollu töissä, ni siellä varmaan on vielä niitä vanhoja tapoja, mitä ennenvanhaan on tehty. Ne jää, iskostuu. (...) Nää tämmöset toimintatavat ja nää tavat tehdä töitä niin ne periytyy sielt jostain ikiaikasesta systeemistä (Ryhmä 3)

Toki se henkilöstömitoituskin [on kemiallisen sitomisen syy]. Kyllä sillä varmasti on oma osansa että herkemmin, herkemmin ehkä lääkepurkille menisi jos henkilöstömitoitus on täysin pielessä, että on paljon vaikka käytösoireisia ihmisiä ja sä yksin yrität selvitä läpi päivän heidän kanssaan niin kynnys madaltuu varmasti tarttua tarvittavaan lääkkeeseen että saa päivän työt tehtyä. (Ryhmä 2)

Joo mitään ylimäärästä ei voi aatella kyllä [vajaamiehityksellä], sit se on ihan perushoitoo ja kaikkia [asukkaita] mitä vois nostaa ylös sängystä ni ei saa ylös sängystä, et sit loppuu kädet ja aika kesken (Ryhmä 1)

Mä oon tyytyväinen [henkilöstömitoitukseen], tuolla mis mä nyt oon niin se on ihan ok. Jos kaikki on töissä mut jos on niin että on kolme sairaana ja kolme keikkalaista niin se koko ravisee se koko talo jo (Ryhmä 1)

Toisaalta henkilöstömitoituksesta sanottiin myös:

Mä oon ollu usees eri paikassa töissä enkä mä oo nähny koskaan että että siks annettais esimerkiksi rauhottavia että että henkilökuntaa on vähän (Ryhmä 3)

Hoitajat eivät juuri purnanneet henkilökunnan vähyydestä, vaan olivat jopa hieman kyllästyneitä aiheeseen:

Ja ne puitteet sitte taas, niillehän me ei mahdeta ja siitä on ihan turha jauhaa, meillä ei oo ikinä riittävästi henkilökuntaa, et sen voi heti unohtaa vaan (Ryhmä 2)

7.4 Kemiallisen rajoittamisen eettisyys

Tilanteiden vaihtelevuus ja moniulotteisuus ei tee kemiallisen rajoittamisen eettisyyden pohdintaa helpoksi hoitohenkilökunnan kannalta. Edellisessä kappaleessa käsiteltiin kemiallisen rajoittamisen syitä: on eri asia käyttää tarvittaessa otettavia lääkkeitä asukkaan auttamiseksi kuin hoitajan työskentelyrauhan turvaamiseksi.

Eettisyyteen kuuluu olennaisena osana asukkaan informoiminen, mikäli kemiallista rajoittamista joudutaan käyttämään. Informointi on vahvasti tilannesidonnaista: mikäli tilanne ja häiriökäyttäytyminen oli päässyt etenemään pitkälle, ei asukas ollut enää yhteistyökykyinen tai kykenevä ottamaan tietoa vastaan.

Hyvin tilanteesta kiinni, että mihin asti ollaan päästetty se ennenku se saa lääkettä. Eilen illalla mä annoin tälle nimenomaiselle ihmiselle ja mä en todellakaan voinu sanoo mikä lääke se on (...) Koska me ollaan tappamassa se siinä vaiheessa jos nää tappajatkin on, ja me annetaan se lääke ni me myrkytetään hänet siinä vaiheessa (Ryhmä 1)

On tilanteita että ei voi sanoo muuta kun että tässä on sulle lääke, tässä on sun lääke (Ryhmä 1)

En oo koskaan kuullut kenenkään informoivan (...) Jauhetaan pillerit, pannaan kiisseliin ja suuhun (Ryhmä 3)

Eihän siinä vaihees enää, et jos siihen tilanteeseen on päästy päädytty, ni ei siin kyl enää siin on kokeiltu jo kaikki muut, puheet ni kaikki mahdolliset ja todettu että ei mitään muita keinoja oo niin ei siin varmaan hirveesti ruveta enää selittelee koska ne pillerit lentää muutenkin sieltä suusta (Ryhmä 3)

Toisenlaisiakin kokemuksia oli. Aukasta informoitiin, vaikka ei voitu tietää, kuinka paljon siitä oli tilanteessa hyötyä. Informoinnissa korostettiin lääkkeen ja sen vaikutuksen myönteisiä puolia.

Kyllä sanallisesti informoidaan että nyt sinun pitäisi rauhottua, ota tämä. (...) Rauhotut, otetaan tämä, niin saat itsesi tasapainoon tai jotain muuta tämäntapaista [informaatiota]. (Ryhmä 2)

Ihan rauhallisesti selitin että tää on lääkärin antama määräämä lääke, otetaan tää ni sit hän vaan totes että joo että lääkärin määräämiä lääkkeitä hän kyllä ottaa mutta ei kenenkään muun ja sit otti ihan hyvin. Et kyllä varmaan aina pyritään informoimaan tilanteessa mitä ollaan niinku tekemässä ja mitä antamassa. Mut sitähan ei pysty tietämään et kuin paljon siit informaatiosta menee sit niinku ihan perille. (Ryhmä 2)

Levottoman, tuskaisen ja ahdistuneen asukkaan kemiallista rajoittamista pidettiin eettisesti hyväksyttynä ja oikeana ratkaisuna. Hoitajat kokivat velvollisuudekseen asukkaan auttamisen ja pahan olon lievittämisen. Onnistuessaan kokemus on positiivinen hoitajille.

Hirveetä se olis jos ei olis mitään lääkettä mitä antaa että se olo helpottaa .. hyvä juttu (Ryhmä 1)

Niin kyl se asukkaan tarve on varmaan siellä se ensisijainen, en en muista olisinko pohtinu koskaan että minkälainen olo mulle sen jälkeen tulee, vaan sitä annetaan ehkä tai mä koen että mä ainakin annan sen niin harvoin, että mulla ei oo tarvetta pohtia onko se oikein vai väärin vaan et sitte antaa sen siihen tarpeeseen. (Ryhmä 2)

Hänellä itelläki oli hyvä olla ja sen huomasi hänestä että hänellä oli hyvä olla [lääkkeen antamisen jälkeen] (Ryhmä 3)

Kemiallinen rajoittaminen herätti hoitajissa myös negatiivisia tunteita, kuten sääliä ja voimattomuutta. Hoitajat tunsivat empatiaa asukkaita kohtaan ja surua siitä, että pystyivät hoitamaan vain asukkaan oireita, eivät oireen taustalla olevaa syytä.

Se oli kyl kurjaa ku meilki oli se .. no just sit meni sillee niinku ihan päästä ihan tokkuraiseks se oli tosi kurjaa, sitä asukastaki ko aatteli et.. toiset asukkaat kärsi ku oli niin levoton ja.. (Ryhmä 3)

Niin ja mun mielest se on niinku passiivista eutanasiaa, vois aatella näin (Ryhmä 3)

Se mun mielest tuntuu kaikista kurjimmalta siinä kun sitä syytä ei sillä saa korjattua (Ryhmä 3)

Mikä tunne sillä ihmisellä kuitenkin siel sisällä koko ajan mut mä en pysty liikkumaan, mä en pysty ilmasemaan itteäni enkä purkamaan sitä pahaa oloa pois, se on mun mielestä niinku kaikista kamalinta just tässä kemiallisessa sitomisessa et jos niinku fyysisesti rajoittais, sitois tuoliin kiinni ni se on kuitenkin taas se et se tajuaa et missä mä olen ja ehkä ymmärtää sen selityksen et sä oot nyt hetken aikaa siinä et mä en päästä sua liikkumaan ettei sit käy huonosti tai jotain muuta ja näkee kuitenkin et

ne ihmiset on siin lähellä mut sitte jos on lääkitys ni tuntuu ettei pääse sielt sängystä yhtään mihinkään eikä tajua mitään mutta kuitenkin sisällä riehuu jotain ni.. en haluais olla siinä tilanteessa. (Ryhmä 3)

Kemiallista rajoittamista pidettiin viimeisenä keinona puuttua haastavaan tilanteeseen. Asukkaan ahdistuneisuuden ja levottomuuden tausta tulisi selvittää ja kokeilla muita lievitys- ja hoitokeinoja ennen kemiallista rajoittamista.

Kyl mäki aattelen sitä että joskus ku tommonen ahdistus on ihmisellä niin mistä se oikeesti johtuu? Et ku on niin monisairaita ihmisiä et et ku on ahdistava ja huono olo ja tarvii ykskaks enemmän apua ku normaalisti niin jotenki mä aina ajattelen että mitä siellä takana voi olla? Eihän ne kaikki ole selitettävissä. Sydänoireet ja muut, nehän tekee semmosen ahdistavan olon jossa on vaikee olla. Et jotenki mä aina haluaisin kattoo sinne taakse. (Ryhmä 2)

Mä ymmärrän sen [kemiallisen rajoittamisen] määrätyssä ääritilanteessa mutta kyllä mä niinkun lähen muita konsteja viemään niin pitkälle ku mahdollista. Et jotenki se on just semmonen eettinen kysymys. (Ryhmä 2)

Mä koen et se on niinku ihan se viimeinen keino ja sit sen pitää kuitenkin palvella asukkaan tarpeita, pitää olla hänelle niinkun se paras vaihtoehto, että herkästi ei missään tapauksessa en lähe antamaan mitään rauhoittavaa, tarvittavaa et jos esimerkiks yöaikaan vaikka liikkuu paljon mutta jos hän ei häiritse muita ni hän saa liikkua sitte (Ryhmä 2)

(...) Hänelläkin on mahdoton määrä lääkkeitä jotka on Kellokoskella hänelle määrätty ja tuli tieto sieltä semmosella lausunnolla että nyt lääkkeellisellä hoidolla ei enempää pystytty, kaikki kokeiltu. Nyt lääkkeettömät hoitokeinot käyttöön. Mun mielestä se ei oo, se ei pitäis mennä niin päin, ei missään tapauksessa. (Ryhmä 3)

Hoitajan täytyy kuitenkin uskaltaa käyttää tarvittavia lääkettä myös rajoittamistarkoitukseen, kun perusteltu tarve ilmenee. Läkettä ei saa evätä hoitajan huonon omantunnon tai työpaikan sosiaalisen paineen vuoksi, vaan määrättyä lääkettä tulee antaa, kun tilanne sen vaatii.

Sit taas jälleen kerran unohdetaan se asukas, ja taas pohditaan hoitajan näkökulmasta sitä asiaa pelkästään että sillä on taipumus niinku mennä siihen että meidän osasto ei sitten käytäkään mitään lääkkeitä, tällasia että se on aika monessa monessa talossa menny tähän että se pieni asukas joka on ahdistunut ja tarvitsee sen lääkkeen niin sitä ei sitten enää uskalletakaan antaa. (Ryhmä 2)

Kemiallista rajoittamista ei tule käyttää hoitohenkilökunnan mukavuuden takia tai työtaakan helpottamiseksi. Hoitotyön tarkoitusta ja sitä, kenen vuoksi työtä tehdään ja mikä siinä on olennaista, pohdittiin.

Semmonen asia kannattais ihan oikeesti miettiä siinä vaiheessa ku sitä lääkitystä määrätään että miksi se määrätään. Määrätäänkö sen takia, että se helpottaa hoitajia, vai sitä et se helpottaa sitä asukasta? Kumpaa se tekee? Et et nääki on semmosii asioit mitä kannattais ihan oikeesti miettii että.. et hoitajat pääsee helpommalla ku se makaa sängyssä ja on hiljaa. Koska sitä vartenhan me siel ollaan.. asukkaita varten (Ryhmä 3)

Me hoidetaan täällä sitä asukasta, ei hoitajan, ei hoitajan oloa eikä hoitajan työnteon helpottamiseksi anneta sitä lääkettä vaan sitä asukasta. Ja kun se pitäis olla se pääpointti kuitenkin siellä hoitamisessa. (Ryhmä 2)

Ja [pitäisi] ihan oikeesti miettii et mikä on tärkeätä, mikä siin työnteossa on tärkeätä (Ryhmä 3)

Mut enhän minäkään oo tähän työhön sen takii kouluttautunu että must ois helppo nyt hoitaa, tehä vaan niinku vuodeasukkaan pesut ja näin, et se ois helppo hoitaa! Emmä sen takii oo tähän kouluttautunu. Toi on vähän sit mun mielest väärä asenne sellanen et olis vaan kaikki vuodeasukkaita jotka on helppo hoitaa. (Ryhmä 3)

7.5 Kemiallisen rajoittamisen käsittely työyhteisössä

Työyhteisössä ei keskusteltu järjestelmällisesti tai säännöllisesti kemiallisesta rajoittamisesta. Keskustelu rajoittui lähinnä samassa työvuorossa olevien kollegoiden väliseksi ja sitä käytiin työn lomassa.

Ei siitä keskustella ollenkaan. Lääkäri määrää, hoitaja toteuttaa (Ryhmä 3)

Kyllä ne on sitte ihan meidän omassa pienessä piirissä siinä työn lomassa puhutaan.. suusta suuhun ja korvasta korvaan siinä työn lomassa. (Ryhmä 2)

Kyl itseasiassa siis mä oon törmänny tilanteisiin et hoitajat keskenään yrittää miettiä, niinku tossa ihan muutama päivä sitte mietittiin et miten toimitaan esimerkiksi illalla ja mitä tehdään ja mikä ois paras ratkasu et kyl niinku jonki verran [yhdessä mietitään] (Ryhmä 3)

Hoitohenkilökunta kaipasi keskustelua, yhteisiä pohdintoja ja linjauksia aiheesta - ei kiireessä työn lomassa, vaan rauhassa ja ajatuksella henkilökuntapalavereissa. Johdonmukaisuutta ja kaikkien hoitajien sitoutumista yhteisiin päätöksiin ja toimintaperiaatteisiin pidettiin tärkeänä.

Nää on yhteisiä asioita .. et jotenkin aina on vähän tää tämmönen aikatauluongelma, koko ajan vaihtuu väki ja sit työvuorot et miten ne

osuu et ei oo aina tämmöstä aikaa, ei tosiaan, ei ei ole. Se on eri juttu kun siin on vaan yks ja kaks [hoitajaa keskustelemassa], ku siin ois kaikki. Kerran vuodessa, kerran kuukaudessa joku tämmönen että, ihan tämmösii isoja linjoja. Meilki on kuitenkin asukkaat siinä niin vakioasukkaat ja olleet pitkään että siin ois kuitenkin sillai saumaa sitä asiaa miettiä. (Ryhmä 2)

Meil pitäis periaattees olla ihan tämmösii, tämmösii juttuja et otetaan aina yks asukas, vaikka joka päivä puol tuntii, niin joka päivä ni keskusteltais että mikä tän ihmisen kannalta ois kaikista paras ettei jää sen yhden ihmisen kontolle elikä omahoitajan.. (Ryhmä 3)

(...) että pystyttäis siellä osastolla henkilökunnan kesken kanssa sopimaan, miten me tää asia hoidetaan. Et ollaan johdonmukaisia, kaikki sitoutuu siihen, kaikki tekee, et et joka vuorossa se [tilanne] hoidetaan niin. Se et kaikki tekee sen samalla tavalla, vaikka siinä oma persoona sit kuitenkin tekee niitä muutoksia siinä hoitotyössä, mutta se että jos sovitaan näin (Ryhmä 3)

Myös rajoittamisen herättämistä tunteista kaivattiin keskustelua:

Tosta [millaisia tunteita kemiallinen rajoittaminen herättää] pitäis varmaan enemmän niinku keskustella osastolla ihan yhdessä noista asioista ja noist linjoista justia. Mä ainaki ite kaipaisin tommosta (Ryhmä 2)

Kemiallista rajoittamista tai rajoittamatta jättämistä pidettiin hoitajan henkilökohtaisena päätöksenä ja itsenäisenä eettisenä ratkaisuna. Osastoilta puuttui konsensus ja yhteiset toimintaperiaatteet kemiallisesta rajoittamisesta, joten hoitajien oma linja tehdyissä ratkaisuissa näkyi. Hoitosuunnitelmaa ei aina noudatettu.

Ja näähän on sitte hoitajan silmissä että missä kohtaa sitä annetaan, että miten helposti tai .. onko mitään muita keinoja ku se just se lääke. Ni sehän on sitte sellane jokaisen hoitajan henkilökohtanen asia joka on sitä toteuttamassa sillon (Ryhmä 1)

(...) Välttämättä jos toinen on ehdottomasti eri mieltä ku omahoitaja jonkun asukkaan hoidosta niin tuskinpa se tekee hoken [hoitosuunnitelma] mukaan koska tekee sit oman päänsä mukaan tän systeemin eikä sen mukaan mitä hokessa lukee. Et meitä on niin monta (Ryhmä 3)

Jos on paikalla semmonen joka ehdottomasti vastustaa sitä lääkettä ja sitte yks joka halua ehdottomasti antaa sen lääkkeen ja sitte niiku muutama välimaastosta ni se on sitte aikamoista niinku.. siin menee tosi kauan aikaa et päästään johonki lopputulokseen.. (Ryhmä 3)

Selkeesti näkee, oikeestaan ku lukee raporttii tietää kuka on ollu työvuorossa. (Ryhmä 3)

7.6 Kemiaallisen rajoittamisen vaihtoehdot

Kemiaalliselle rajoittamiselle on olemassa monia vaihtoehtoja, joita myös tässä tutkimuksessa nousi esiin. Perussairauden hyvä hoito ja terveydentilan selvittely laboratorionkokein ovat ensimmäisiä toimenpiteitä, jotka tehdään, jos asukas muuttuu äkillisesti levottomaksi tai sekavaksi: tällöin esimerkiksi virtsatieinfektio tai kipu voi olla oireilun taustalla. Muut mainitut vaihtoehdot on esitetty taulukossa 10, jossa kerrotaan keinojen maininnat haastatteluryhmittäin sekä yhteismäärä.

Taulukko 10. Kemiallisen rajoittamisen vaihtoehdot: keinojen maininnat haastatteluryhmittäin sekä yhteismäärä

Keino	Ryhmä 1	Ryhmä 2	Ryhmä 3	Yht
Rauhoittelu ja turvallisuuden tunteen luominen	-	4	6	10
Yhteistyö ja luovat ratkaisut	-	2	4	6
Perussairauden hoito	3	1	-	4
Virikkeet	1	2	-	3
Oman asenteen muuttaminen	-	-	3	3
Koulutus	-	-	2	2
Rutiinit	-	1	1	2
Omatoimisuuden tukeminen	-	1	-	1
Ympäristön muokkaaminen	-	1	-	1

Asukkaan rauhoittelu ja turvallisuuden tunteen aikaansaaminen oli tärkein kemiallisen rajoittamisen vaihtoehto. Hoitaja käytti tilanteessa luovasti omaa personaansa, kommunikointia, läsnäoloa ja fyysistä läheisyyttä asukkaan rauhoittamiseksi.

Pyritään omalla rauhallisella käytöksellä rauhoittamaan, keskustelemaan, kiinnittämään huomio muihin asioihin, saamaan se tilanne rauhoittumaan niin että hän unohtaa sen, sen kotiinlähdön ja aggressiivisuuden (Ryhmä 2)

Vieressä istuminen ja kädestä kiinni pitäminen (Ryhmä 2)

Meillä kokeiltiin vierihoitoa. Aikasemmin, aikasemmas työpaikassa. Niin jos mamma oli illalla levoton niin yökkö saatto mennä pitkäkseen sen viereen siihen sängylle. Ei tarvittu unilääkkeitä. (Ryhmä 3)

Mä otin yhen mamman kans illalla oli iltatoimet kello oli jotain kaheksan-yheksän, päättö vuoro ja me oltiin kaikki saatu tehty ja tosi levoton yleensä siihen aikaan hänelle oli annettu sitte rauhottavaa ni mä otin sen kainaloon ja 45 minuuttia me istuttiin kainaloikkain kuule sohvalle ja se oli niin tyytyväinen, se rauhottu sillä ja meni nukkumaan. Ei siin mitään kateltiin telkkaria ja juteltiin jos hänel oli jotain asiaa (Ryhmä 3)

Sanallisia rauhottamisia ja lähelläoloa niin, sitähan aina ensin joudutaan käyttämään, eise lääke ole meillä piikkinä että voitais vaan tökätä eikä ole varmaan niinku ees tarkotuskaan. (Ryhmä 2)

Ja sit se että hoitaja on tavallaan siinä lähettyvillä ja nähtävissä ni se on kans semmonen rauhottaja. Tilanteen, tilanteen rauhottamista sillä läsnäololla, näkyvissä (Ryhmä 2)

Hoitajat korostivat rutiineista joustamista, ”pelisilmää”, sekä yhteistyötä ja yhteisiä toimintamalleja muiden hoitohenkilökuntaan kuuluvien kanssa.

Välillä rauhottuu siis ihan sillä että istuu vaikka muut iltatoimet niinni sitte saa mennä vähän pidemmälle mut istutaan sitte hetki hänen kanssaan (Ryhmä 3)

Pitäs sitte pohtia niinku varmaan työryhmän sisällä ja osaston sisällä enemmän sitte niitä keinoja ja antaa meille enemmän mahdollisuutta niinku ite muokata sitä työtä siellä. (Ryhmä 2)

Mut se että et jos aatellaan näin että mikä mikä ois niinkun parempi vaihtoehto näitä kemiallista sitomista, tota sitomisen vaihtoehto ois tää että yhteistyö. Siis se, että pystyttäis siellä osastolla henkilökunnan kesken kanssa sopimaan, miten me tää asia hoidetaan. Et ollaan johdonmukaisia, kaikki sitoutuu siihen, kaikki tekee, et et joka vuorossa se hoidetaan niin (Ryhmä 3)

Vaikka rutiineista on hyvä pystyä joustamaan, muistisairaahan potilaan tai asukkaan hoidossa ennakoitavuus on tärkeää. Tutut hoitajat rauhoittavat asukasta ja päivärutiinit, virikkeet ja omatoimisuuden tukeminen ovat tärkeitä. Päiväaikainen ohjelma tekee asukkaan elämästä mielekkäämpää ja rauhoittaa öitä.

Se et olis, olis mahdollisimman paljon aina niinku tutut samat hoitajat hoitamassa, muistihäiriöiselle merkitsee todella paljon se että että ei oo hirveesti uusia, uusia vieraita ihmisiä. Käytöshäiriöt yleensä lisääntyy, lisääntyy sillon kun on outoa porukkaa hoitotyössä. (Ryhmä 2)

Rutiinit. Rutiinit ja osittain myös jonkinasteinen viriketoiminta, se on sitte suunniteltava mikä kenellekin sopii. Et kyllähän ne ja ne normaalit arjen puuhat jos niitä kyetään järjestään osastolla niin nekin, nekin on vaihtoehto. Plus varmaan sitte ihan normaali mitkä joka ihmisellä pitää yllä hyvinvointia, uni ja terveellinen ruoka ja liikunta. Tai ulkoilu. (Ryhmä 2)

Muutamalle [asukkaalle] toimii ihan pienikin virike, esimerkiksi huoneessa radio, ne on paljon rauhallisempia kun ne kuulee jotain tai tuodaan päiväsalin, ni ne on pikkasen virkeempiä päiväaikana ja ne on rauhallisempia, sillon ne nukkuu myös yön paljon paremmin. Et välillä se on ihan pienistä asioista kiinni et ei tarvita välttämättä lähtee niinni lääkinnällisesti aattelee ja tarvittavia antamaan et välillä se hoituu hyvin pienellä. Välillä se on näille ulkoilu et ne on virkeempiä ja rauhallisempia sit sen jälkeen ja ja.. että.. ei aina tarvi lääkkeillä lähtee (Ryhmä 1)

Niinkun on mielekästä tavallaan toimintaa päivällä niin se myös rauhoittaa sitä yötä (...) Siin on elämässä niinkun sisältöä päivässä. (Ryhmä 2)

Hoitajat tiedostivat, että oma asenne vaikuttaa hoitotyöhön. Omaa asennetta tulisi miettiä ja tarkistaa aika ajoin ja pohtia, mikä on olennaista hoitotyössä ja kenen tarpeista käsin sitä tehdään.

Ensinnäki ei sais muistisairasta estää tuntemasta sitä pahaa oloa, vaan otettava vastaan ne [tunteet]. Ja sitten ehkä.. no onhan näitä.. ajan antaminen, sen hoitoasenteen semmonen muuttaminen (Ryhmä 3)

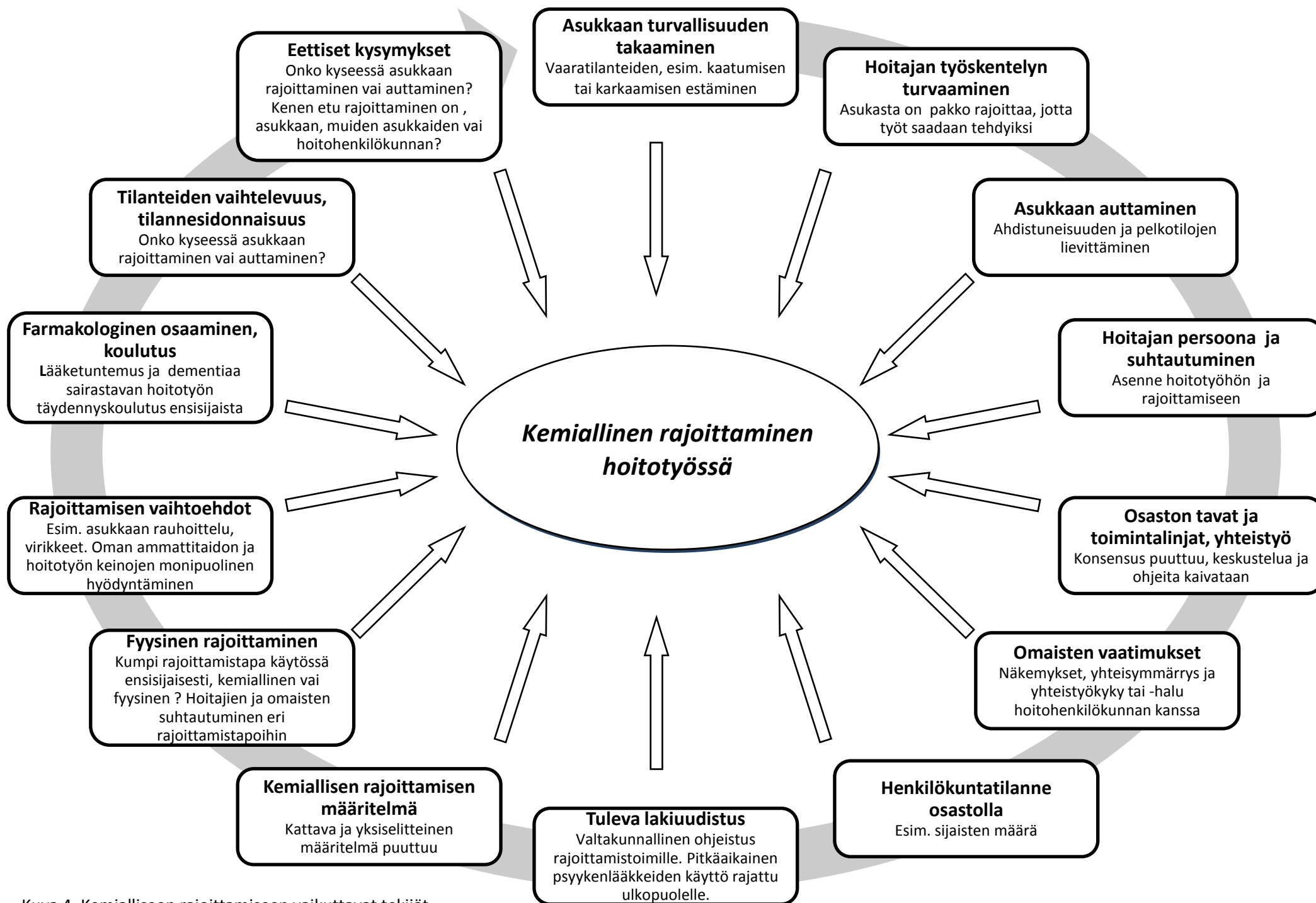
Ei käytetä valtaa, hoitajan vallankäyttöä, sitä näkee paljon. (...) Just tämmöstä et hoitaja päättää et koska mennään pissalle.. niinkun meillä yks asukas sano, täällä hoitajat päättää koska me saadaan mennä pissalle. Ja justiin tämmöstä että hoitajahan se päättää, mitä se asukas tekee. Istuuko se tossa, meneekö se sänkyyn vai nouseeko se koko päivänä sängystä ylös, esimerkiksi. (...) Ja onko se aina niin semmosta niinku tiedostamatontakaan et usein se on tiedostettua (Ryhmä 3)

Koulutus on tärkeä keino vähentää kemiallista rajoittamista. Myös vuosikausia vanhusten hoitotyössä toimineet kokeneet hoitajat kaipasivat koulutusta:

Et niinkun [koulutusta] muistisairauksista, niitten niitten niikun tämmösistä.. mikä sen aiheuttaa? oireista.. aiheuttaa, käytösoireet, kaikki nää tämmöset, niistä pitäis olla niinkun tietoo ja ja miten niihin suhtaudutaan ja miten niihin pystytään vaikuttamaan hoitotyön keinoin ja ihan tämmösist niinkun oikeen pitkän ajan ammattilaisten antamaa koulutusta et joka tulee talon ulkopuolelta, kukaan ei ole profeetta omalla maallaan, ei niinkun, jos omasta talosta joku kouluttaa niin sitä ei varmaan kuunnellakaan niin hyvin.. (Ryhmä 3)

7.7 Yhteenveto tuloksista

Kuvaan 4 on koottu kemialliseen rajoittamiseen hoitotyössä vaikuttavat seikat.



Kuva 4. Kemialliseen rajoittamiseen vaikuttavat tekijät

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ja tarkkoja sääntöjä, joten luotettavuuden arviointi on haastavaa (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Kvantitatiivisen tutkimuksen arviointikriteereinä käytetään tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettiä: validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä selittää sitä ilmiötä, mitä sen tavoitteena on ollut tutkia, ja reliabiliteetillä tutkimuksen toistettavuutta. Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa näitä kriteereitä ei voida suoraan soveltaa. Laadullisen tutkimuksen peruslähtökohta on, että tutkittava ilmiö on aikaan ja paikkaan sidottu: samaakin ihmistä eri aikoina haastateltaessa voidaan saada erilaisia tuloksia. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmansa niin hyvin kuin mahdollista, mutta tutkijan vaikutus prosessiin ja sen analysointiin ja tulkintaan on laadullisessa tutkimuksessa ilmeinen (Hirsjärvi ja Hurme 2011). Reliabiliteetin varmistus laadullisessa tutkimuksessa kohdistuu aineiston analyysin toistettavuuteen: tutkijan on luotava niin yksiselitteiset analyysi- ja koodauskriteerit, että niiden perusteella analyysi pystytään toistamaan päätyen samoihin tuloksiin (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Laadullisessa tutkimuksessa voidaan kuitenkin hyväksyä erilaisia tulkintoja tutkimuksesta, koska todellisuuksia on monia (Kylmä ja Juvakka 2012). Tämä ei välttämättä huononna tutkimuksen luotettavuutta, sillä mikäli toinen tutkija päätyy eri tulkintaan saman aineiston perusteella, voidaan sen katsoa lisäävän tutkimuksen kohteena olevan ilmiön ymmärtämistä.

Laadullisen tutkimuksen arviointiperustana toimivat sen uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä ja Juvakka 2012). Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa, että aineistosta tehdyt tulokset vastaavat sitä, mitä tutkittavat ovat sanoneet. Tämä voidaan varmistaa keskustelemalla tuloksista tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kanssa, toisen samaa aihetta tutkivan henkilön kanssa tai

myös siten, että tutkimuksen tekijä on riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimuksen vahvistettavuus tarkoittaa tutkimuksen tulosten vertaamista aiempiin tutkimustuloksiin: ovatko ne samansuuntaisia? Vahvistettavuus edellyttää, että tutkimusprosessin kulkua voi seurata pääpiirteittäin. Tutkimuspäiväkirja on apuna vahvistettavuuden varmistamisessa, sillä laadullinen tutkimus pohjautuu usein avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentuu tutkimuksen edetessä. Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja arvioi sitä, miten hän vaikuttaa aineistoonsa, sen tulkintaan ja koko tutkimusprosessiin. Siirrettävyys taas kuvaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin.

Tämän tutkimuksen uskottavuutta heikensi se, ettei tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kanssa keskusteltu tutkimuksen tuloksista, eikä toista tutkijaa ollut. Tulosten luotettavuuteen vaikutti se, että samanaikaisesti toteutettavan väitöskirjatyön kyselytutkimus kemiallisesta rajoittamisesta oli ehtinyt alkaa ennen keskustelujen toteutumista, jolloin osa hoitajista oli ehtinyt vastaamaan siihen saaden jo tietoa tutkimusaiheesta ja mm. kemiallisen rajoittamisen määritelmästä. Luotettavuutta olisi myös lisännyt lisäryhmien, vielä ainakin yhden keskusteluryhmän mukaanotto tutkimukseen, sillä aineisto ei vielä saturoitunut käytyjen kolmen ryhmäkeskustelun jälkeen. Tutkimuksessa mukanaolleita ryhmiä ei pystytty optimoimaan esimerkiksi siten, että samassa keskustelutilanteessa olisi ollut osaanottajia mahdollisimman monelta eri osastolta. Vain yksi terveydenhoitaja osallistui tutkimukseen, muut olivat lähi- tai perushoitajia. Kahdessa keskusteluryhmässä oli kolme henkilöä, yhdessä seitsemän: suositeltu osanottajamäärä on 4-8 henkilöä (Eskola ja Suoranta 1998). Kaikissa ryhmissä syntyi kuitenkin hyvää keskustelua. Pienissä ryhmissä ilmapiiri oli erityisen luottamuksellinen, koska keskustelijat tunsivat toisensa hyvin. Miespuolisia hoitajia ei ollut mukana tutkimuksessa.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on aina väline, joka tulkitsee tutkimusmateriaaliaan subjektiivisesti (Hantikainen ja Käppeli 2000). Tutkijan tulee selvittää omat

tutkimusaiheeseen liittyvät näkökantansa ja arvonsa ennen tutkimuksen aloittamista. Tämän tutkimuksen tutkija on koulutukseltaan sairaanhoitaja, mutta ammatin harjoittamisesta on useita vuosia aikaa. Vanhainkotimaailma ei ollut tällä hetkellä omaisenakaan tuttu: toisaalta tämä mahdollisti neutraalin ja puolueettoman lähestymistavan aiheeseen. Tutkija kertoi taustansa ryhmäkeskustelutilanteiden alussa ja korosti neutraalia suhtautumistapaansa sekä hoitohenkilökunnan asiantuntijaroolia. Tutkimuksen tekijä oli kokematon haastattelija, joten ryhmäkeskusteluiden ohjaamisessa olisi ollut parantamisen varaa. Useamman keskusteluryhmän ottaminen mukaan tutkimukseen olisi harjaannuttanut tutkijaa työssään, joten tutkimustuloksia olisi voinut saada sitenkin lisää.

Tutkimuspäiväkirjaa ei pidetty, mutta analyysin eri vaiheet kirjattiin läpinäkyvästi ja siirrettävyys varmistettiin kuvailemalla tutkimukseen osallistujat ja tutkimusympäristö tarkasti. Tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa. Tutkimus on kuitenkin suppea otos yhden kaupungin vanhainkotien hoitohenkilökunnasta, mikä rajoittaa sen yleistettävyyttä.

8.2 Lääkkeet

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa käytetään paljon psyykeen vaikuttavia lääkkeitä, joista suuri osa on käytössä listalääkkeinä. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että lääkkeiden käyttö oli rutiininomaista eikä sitä välttämättä kyseenalaistettu. Toisaalta esimerkiksi potilaan siirtyessä osastohoidosta vanhainkotiin lääkitystä purettiin usein mittavastikin, mutta se on lääkärin työtä.

Hoitajien kommentointi kummastakin lääkeryhmästä, listalääkkeistä ja kemiallisina rajoitteina tarvittaessa käytettävistä, oli melko niukkaa, vaikka hoitajia rohkaistiin kertomaan nimenomaan omista kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Hoitajat voivat olla epävarmoja tiedoistaan lääkkeiden ja lääkehoidon suhteen ja siitä mitä he voivat tai ”saavat” sanoa. Monilla keskusteluihin osallistuneilla hoitajilla oli pitkä kokemus vanhusten hoitotyöstä, joten heillä on varmasti paljon kokemuksen tuomaa tietoa ja

mielipiteitä ikääntyneiden lääkehoidosta. Voidaankin miettiä, miksei näitä kokemuksia jaettu - vaikuttiko tutkimuksen tekijän koulutus siihen, ettei lääkkeistä rohjetta puhua ja pelättiin ”virheiden” tekemistä, vaikka tutkija nimenomaan korosti olevansa kiinnostunut kokemuksista ja ”mutu-tuntumasta”, ja ettei kyseessä ollut lääkehoidon tenttitilanne.

Hoitajat päättävät tarvittaessa käytettävien lääkkeiden käytöstä jokapäiväisessä hoitotyössä. Jotta väärinkäytöksiltä välttyttäisiin, täytyy hoitajien farmakologisen osaamisen olla riittävän kattava ja ajantasainen. Hoitajan asenne ja arvot vaikuttavat eniten kemiallisen rajoittamisen käyttämiseen, mutta tietoaakin tarvitaan hyvän lääkehoidon toteuttamiseksi.

8.3 Kemiallisen rajoittamisen määrittely ja syyt

Hoitajat määrittelivät kemiallisen rajoittamisen pääasiassa asukkaan liikkumisen estämiseksi ja käyttäytymisen hillitsemiseksi. Rajoittamisen määrittelyyn saattoi vaikuttaa osastoilla jo alkanut LL Anni Karppilan kyselytutkimus, jossa määritelmä oli avattu. Määrittely ei kuitenkaan ollut yksiselitteistä, eikä rajoittamista voitu leimata ainoastaan huonoksi asiaksi: hoitajat mm. puolustivat asukkaan oikeutta saada helpotusta ahdistavaan oloonsa. Hoitajat myös kokivat rajoittavansa tietyllä tapaa kaikkia asukkaita esimerkiksi lääkitessään Alzheimerin taudin käytösoireita. Kemiallisen rajoittamisen ristiriitaisuus määritelmänä ja siihen liittyvät tunnelataukset eivät tee asian pohtimista helpoksi.

Suurin syy kemialliseen rajoittamiseen oli asukkaiden turvallisuuden takaaminen. Hoitajat ovat vastuussa siitä, jos asukkaalle tapahtuu jotakin. Hoitajat voivat olla epävarmoja siitä, kuinka pitkälle he voivat antaa tilanteiden mennä, jolloin he mieluummin toimivat ylihuolehtivasti tai -holhoavasti välttääkseen oikeudelliset seuraamukset. Joskus taas omaisten kanssa oli sovittu tietoisesta riskien ottamisesta. Toisinaan yksittäistä asukasta jouduttiin rajoittamaan muiden asukkaiden

turvallisuuden ja asumisrauhan takaamiseksi: tällaisissa tilanteissa ei ole helppo ratkaista, mikä on oikein - yksilön etu vai yleinen hyvinvointi.

Asukkaan kemiallinen rajoittaminen hoitohenkilökunnan työskentelyrauhan takaamiseksi on eettisesti arveluttavaa, ellei kyseessä ole aggressiivinen asukas. Työnteon tulisi olla mahdollista ilman, että asukkaita joudutaan rajoittamaan: aina näin ei kuitenkaan ole. Tällöin yksittäisen asukkaan etu häviää yhteisön ja järjestelmän edulle. Hoitajat puolustivat toimintatapojaan tällaisissa tilanteissa. Toinen tilanne, missä hoitajat puolustivat kemiallista rajoittamista, oli sen käyttäminen niissä tilanteissa, joissa sen katsottiin olevan välttämätöntä asiakkaan auttamiseksi ja pahan olon poistamiseksi. Ensimmäisessä tapauksessa kemiallisen rajoittamisen käyttäminen on välttämätön paha, toisessa moraalinen velvollisuus.

Henkilökunnan määrästä ja riittävydestä ei juurikaan keskusteltu, mikä oli hieman yllättävää. Joko henkilökuntatilanne osastoilla oli tyydyttävä tai hoitajat olivat kyllästyneitä aiheeseen ja tottuneita tai turtuneita siihen, että ajoittain hoitotyötä joutuu tekemään vähäisillä tai riittämättömillä resursseilla. Mikäli kemialliseen rajoittamiseen puututtaisiin tiukemmin, aiheuttaisiko hoitajamitoitus enemmän keskustelua? Vielä tällä hetkellä hoitohenkilökunnalla on kemiallisen rajoittamisen ”takaportti” melko helposti käytettävissään, jolloin haasteellisessa tilanteessa siihen voidaan myös turvautua. Entä jos kemialliselle rajoittamiselle asetettaisiin tiukat reunaehdot?

Omaiset saattavat vaatia asukkaan rajoittamista, ja vaikka hoitohenkilökunta olisi rajoittamistarpeesta eri mieltä, tällaisissa tilanteissa on vaikeaa toimia omaisten tahtoa vastaan. Joskus omaiset vaativat käytettävän nimenomaisesti kemiallista rajoittamista. Kemiallinen rajoittaminen on verrattain huomaamaton rajoittamistapa verrattuna fyysiseen rajoittamiseen ja rauhoitettu asukas voi ”näyttää hyvältä”. Esimerkiksi kiinnisitomista voi olla vaikea perustella asukkaalle, ja se saattaa myös pahentaa asukkaan levottomuutta.

Keskusteluissa kävi ilmi, että fyysisiä rajoitteita käytetään osastoilla kemiallisia enemmän ja ne ovat myös hyväksytympiä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Fyysisen

rajoittamisen yleisyys selittynee sillä, että esimerkiksi geriatrisen tuolin käyttö tai tuolin asettaminen tiukasti pöydän ääreen niin, ettei asukas pääse siitä itse siirtymään pois, katsotaan myös rajoittamiseksi. Nämä ovat jokapäiväisiä normaalikäytäntöjä osastoilla, jolloin niiden rajoittamisulottuvuutta ei välttämättä tulla ajatelleeksi.

8.4 Kemiallisen rajoittamisen eettisyys

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) Vanhuus ja hoidon etiikka -raportti (2008) ottaa laajasti kantaa ikääntyneiden hyvän hoidon periaatteisiin. Raportin kanta rajoittamiseen on seuraava:

”Joskus potilaan vapauden rajoittaminen voi olla välttämätöntä. Terveysturvakeskusten näkökannan mukaan vanhuksen omaa turvallisuutta vakavasti uhkaavan vaaran torjumiseksi liikkumista voidaan rajoittaa potilaan tahdosta riippumatta, mutta vain siinä määrin kuin kulloinkin on välttämätöntä. Vapautta ei saa rajoittaa, ennen kuin muut menetelmät on arvioitu ja todettu riittämättömiksi. Päätöksen on aina perustuttava potilaan tilan tarkkaan ja yksilölliseen arviointiin. Päätöksen tekee ja siitä vastaa potilasta hoitava lääkäri, ja tämän on punnittava tasapuolisesti rajoituksen haitat ja hyödyt. Potilasta on valvottava riittävästi vapaudenrajoituksen aikana. Perusteltu päätös on kirjattava potilasasiakirjoihin, ja rajoituksen jatkamista on arvioitava riittävän usein.”

ETENE:n mukaan vanhuksella on oikeus yhteiskunnan tarjoamaan suojaan toisten hyväksikäyttöä ja itse aiheuttamaansa vahinkoa vastaan, kuitenkin kunnioittaen mahdollisuuksien mukaan hänen itsemääräämisoikeuttaan. Psyykenlääkkeitä tulisi käyttää vain niiden omien käyttötarkoitusten mukaisesti, eikä henkilöstön puutetta saa korvata psyykenlääkkeillä. Potilas tai asukas, joka on kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan, on oikeutettu saamaan tietoa suunnitellusta hoidostaan ja antamaan suostumuksensa tai kieltäytymään hoidosta (Aveyard ja Woolliams 2006). Hoitohenkilökunnan tehtävänä on arvioida huolellisesti potilaan tai asukkaan päätöksentekokyky.

Monissa tapauksissa potilas tai asukas ei kuitenkaan enää pysty päättämään hoidostaan itsenäisesti. Kun yksilö ei kykene ilmaisemaan itseään, tarpeitaan, toiveitaan, arvojaan ja valintojaan, muiden täytyy toimia hänen edustajanaan ja puolestapuhujanaan (Liukkonen ja Laitinen 1994). Hoitajat ovat usein tässä asemassa. Dementoituneiden potilaiden tai asukkaiden hoitaminen on haastavaa työtä, jossa erilaisia ongelmia kohdataan päivittäin ja jossa väärinymmärrysten ja -käytösten vaara on suuri. Jos hoitaja käyttää tai ymmärtää edustajan roolinsa väärin, voi se johtaa sopimattomiin valintoihin tai käytökseen ja aiheuttaa eettisiä ongelmia hoitotyössä. Keskusteluissa yhden ryhmän kanssa sivuttiin nopeasti hoitajien vallankäyttöä, jonka sanottiin olevan yleistä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Vallankäyttö ei välttämättä ole aina tiedostamatonta, vaan se voi olla myös tiedostettua.

Myös tässä pro gradu -tutkimuksessa kävi ilmi rajoittamisen eettinen monimutkaisuus. Tilanteet hoitotyössä vaihtelevat eikä patenttiratkaisuja ole. On eri asia antaa ahdistuneelle asukkaalle tarvittavaa lääkettä, kun muu ei enää auta, kuin käyttää kemiallista rajoittamista helppona ja nopeana ratkaisuna asukkaan häiritsevän käyttäytymisen eliminoimiseksi. Hoitohenkilökunta koki tuskaisen asukkaan olon helpottamisen velvollisuudekseen ja eettisesti ainoaksi oikeaksi ratkaisuksi. Hoitajat tiedostivat myös selkeästi, ettei rajoittamista tule käyttää henkilökunnan mukavuuden tai työskentelyrauhan takia ja että sen tulee olla vaihtoehtoista viimeisin. Esiin nousi kuitenkin tilanteita, joissa olosuhteiden ja tilanteen mahdottomuuden takia asukasta oli pakko rajoittaa. Hoitajat puolustivat kemiallisen rajoittamisen käyttämistä näissä tapauksissa, joissa he muuten olisivat olleet täysin vailla keinoja. Tällöin tilanne oli usein myös kehittynyt siihen pisteeseen, ettei asukkaalle pystytty enää kertomaan esimerkiksi hänelle annettavista lääkkeistä. Voisikin miettiä, miksi tilanteet pääsevät kehittymään liian pitkälle? Olisiko asukkaan huolellisella tarkkailulla ja ennakkoinnilla mahdollista välttää haastavat tilanteet ja onko siihen resursseja?

Informoinnin puute lääkkeitä annettaessa ei ole ainoa eettinen ongelma koskien laitoshoidossa olevien vanhusten lääkehoitoa. Heitä voidaan lääkittää myös ”salaa” esimerkiksi piilottamalla jauhettuja tabletteja tai lääketippoja ruokaan (Pitkälä ym.

2006, Kirkevold ja Engedal 2005). Tätä voidaan tehdä kysymättä hoitavan lääkärin lupaa tai kirjaamatta sitä mihinkään. Vanhuksia voidaan myös huijata antamalla hänelle lumelääkettä. Esimerkiksi kipua valittavalle asukkaalle voidaan antaa kalkkitabletti, kun kaikki tarvittavat kipulääkkeet on käytetty: tällaisia toimintatapoja ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa tullut esiin.

Kemiallisen rajoittamisen herättämät tunteet linkittyvät osaksi eettistä pohdintaa. Rajoittamistilanteissa koetaan monenlaisia positiivisia ja negatiivisia tunteita, kuten helpotusta, empatiaa tai surua. Sääliä ja voimattomuutta koettiin eniten siitä, että asukkaan käytöksen takana olevaan syyhyn ei pystytty vaikuttamaan, vaan kyettiin hoitamaan vain oiretta. Hoitajat kantoivat huolta asukkaan olosta ja pohtivat, mistä ahdistus voisi johtua. Hoitajat tunnistivat, että kemiallista rajoittamista tulisi käyttää viimeisenä rauhoittamiskeinona, kun muut keinot eivät enää auta.

Keskustelu rajoittamisen eettisistä perusteista on välttämätöntä. Päätöksenteko rajoittamisesta tai rajoittamatta jättämisestä on monimutkainen asia, johon liittyvät ongelmat johtuvat monista seikoista, kuten vanhuksesta henkilönä, hoitohenkilökunnasta, hoitopaikasta ja sen politiikasta (Hantikainen ja Käppeli 2000). On kuitenkin selvää, että hoitajat ovat päätöksen avainhenkilöitä: kärjistäen voidaan sanoa, että kemiallista rajoittamista ei ohjaa ainoastaan asukkaan tai potilaan hyvinvointi, vaan hoitaja ja hoitoympäristön olosuhteet. Käytännön hoitotyössä on tärkeää tiedostaa omien näkemysten, asenteiden ja arvojen vaikutus päätöksentekoon, ajattelumalleihin ja käyttäytymiseen. Hoitajan ammatillisten ja henkilökohtaisten arvojen välillä voi olla ristiriitaisuuksia: Hantikaisen (2001) tutkimuksessa todettiin, että päätöksentekoprosessissa hoitajan henkilökohtaiset arvot olivat ratkaisevia. Hantikaisen tutkimuksessa mukanaolleet hoitajat käyttäytyivät reaktiivisesti, keskittyen ulkoisiin tekijöihin, jotka oikeuttivat rajoitteiden käytön. Tämä ei ole eettisesti kestävä tapa toimia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeus ja velvollisuus on kehittää ammattiosaamistaan, johon kuuluvat tärkeänä osana myös eettiset taidot (ETENE-raportti 2008). Ammattietiikan perusta luodaan jo peruskoulutuksessa, ja sitä pidetään

yllä jatko- ja täydennyskoulutuksella. Koulutuksessa on tavoiteltava sitä, että vanhustenhoidon eettiset periaatteet ja eettinen herkkyyys tulevat olennaisiksi osiksi hoidon arkea. Kasvanut tietoisuus ja huomion kiinnittäminen rajoittamistoimenpiteisiin ovatkin vähentäneet rajoittamista ja vaikuttaneet henkilökunnan asenteisiin.

8.5 Työyhteisön merkitys kemiallisessa rajoittamisessa

Kemiallisen rajoittamisen eettisiä kysymyksiä tulisi pohtia ja sen herättämistä tunteista tulisi keskustella työyhteisössä. Yhteisten toimintalinjojen ja konseksuksen puuttuminen osastoilta lisää rajoittamiseen liittyviä eettisiä ongelmia ja epäkohtia. Rajoittamisen käyttämisen tai käyttämättä jättämisen ei tule riippua työvuorossa olevasta hoitajasta ja hänen henkilökohtaisesta mielipiteestään tai toimintalinjastaan. Hoitajat määrittelevät ja kokevat potilaan tai asukkaan ongelmallisen käyttäytymisen hyvin eri tavoin (Everitt ym. 1991). Tällöin on selvää, että yhteisten päätösten ja toimintamallien puuttuessa kunkin hoitajan oma asenne ja tilanteen tulkinta pääsee vaikuttamaan suuressa määrin päätöksiin kemiallisesta rajoittamisesta. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että kyseinen epäkohta on tiedostettu ja että yhteisiä linjoja ja toimintaperiaatteita kaivattiin.

Hoitopaikan rajoittamiskäytäntöjen sekä turvallisuusnäkökohtien tulisi olla selkeitä ja yksityiskohtaisia (Fletcher 1996). Päätökset rajoittamisesta, rajoitteen oikea käyttö, potilaan tai asukkaan valvonta rajoituksen aikana, rajoittamistoimenpiteen tehon arviointi ja koko prosessin dokumentointi tulisi olla yhteisten linjausten mukaisia. Linjausten tulisi olla niin yksiselitteisiä, ettei väärintulkintoja tapahdu, ja niitä tulisi myös tarkistaa aika ajoin. Tilanteita täytyy kaikesta huolimatta harkita joka kerta erikseen, tapauskohtaisesti, ei rutiininomaisesti (Hantikainen ja Käppeli 2000). Rajoittamisen dokumentointi on ollut osastoilla nykyisin hyvin kirjavaa, ja yhteisiä ohjeita kaivataan. Hyvinkään koti- ja laitospalveluissa on otettu käyttöön fyysisen rajoittamisen ohje loppuvuodesta 2012: asia on vielä uusi, joten käytännön muuttuminen rutiiniksi parantaa tilannetta.

Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että hoitokäytäntöjä voidaan kehittää paremmiksi parantamalla työskentelyolosuhteita vanhainkodeissa niin, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus päätöksentekoon ja taitojensa monipuoliseen käyttöön (Pekkarinen ym. 2006). Tällöin työmäärä tai työn vaativuus ei ole esteenä hyvän hoidon toteutumiselle. Tällaiset työpaikat houkuttelevat työntekijöitä ja onnistuvat myös pitämään heidät, mikä on nykyisillä työmarkkinoilla tärkeää, kun työntekijöitä on yhä vähemmän huoltosuhteen alati kasvaessa. Osallistava johtaminen ja moniammatillinen yhteistyö rohkaisevat henkilökuntaa toimimaan itsenäisesti potilaan tai asukkaan parasta ajatellen. Esimerkiksi lääkärin ja fysioterapeutin osallistuminen hoitoon sekä työyksikön esimiesten tuki edistäisivät vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä (Saarnio 2009). Hyvä johtaminen parantaa työyhteisöjen ilmapiiriä ja tukee ammattihenkilöiden työssä jaksamista ja pysymistä.

Kaikilla vanhuksia hoitavilla yksiköillä tulisi olla joustava ja nopea mahdollisuus konsultoida vanhusten erityiskysymyksiin erikoistuneita ammattihenkilöitä (ETENE-raportti 2008). Eri toimijoiden välisen yhteistyöverkoston rakentaminen parantaa mahdollisuuksia hyvään, kokonaisvaltaiseen hoitoon. Moniammatillisten työryhmien, verkostoitumisen ja osastofarmasian mahdollisuudet tulisi hyödyntää myös ikääntyneiden hoidossa.

8.6 Koulutuksen merkitys kemiallisessa rajoittamisessa

Hoitohenkilökunnan koulutustasolla ei välttämättä ole yhteyttä sen kanssa, miten rajoittamiskäsite ymmärretään (Hantikainen ja Käppeli 2000). Korkeampi koulutustaso ei ole välttämättä taie paremmasta hoidon laadusta, eikä koulutus myöskään välttämättä ole yhteydessä rajoittamiseen liittyviin asenteisiin, tietoon tai hoitotyön käytännön toteutukseen. Tämän työn pienen otoskoon vuoksi asiaa ei voitu tutkia.

Lääkehoidon osalta tuloksissa näkyy sairaanhoitajien puuttuminen haastatteluryhmistä: mukana oli vain yksi terveydenhoitaja. Sairanhoitajilla on lähihoitajia pidempi koulutus, joka sisältää myös laajemman lääkehoidon opintokokonaisuuden. Opintokokonaisuus jää kuitenkin alle 10 opintopisteen, mikä on

hyvin vähän 210 opintopistettä käsittävässä koulutuksessa: esimerkiksi Tampereen ammattikorkeakoulussa lääke- ja nestehoidon perusteet -opintokokonaisuus on laajuudeltaan 7 opintopistettä jakaantuen lääkehoitoon ja -laskuihin (3 op), farmakologiaan (2 op) ja laskimonsisäiseen nestehoitoon ja verensiirtoihin (2 op). Sairaanhoidajien koulutuksessa on otettu käyttöön lääkehoitopassi, jota täytetään opiskeluun kuuluvien harjoittelujaksojen aikana. Passi on laaja ja monipuolinen ja sisältää yhteensä 110 läpikäytävää kohtaa, joista osa on vaativia.

Lähihoitajakoulutuksessa lääkehoidon opintokokonaisuus on noin puolet sairaanhoidajien opintokokonaisuudesta (Omnia 2013). Lähihoitajien vanhustyön suuntautumisvaihtoehdon tutkintovaatimuksissa mainitaan, että kyetäkseen kiitettävään suoritukseen hoitajan tulisi ”käsitellä, annostella ja antaa lääkkeit oikein ja turvallisesti asiakkaalle sekä ohjata aktiivisesti asiakasta ja hänen läheisiään lääkkeiden käytössä, säilyttämisessä, hävittämisessä ja lääkemääräysten uusimisessa” sekä ”tarkkailla aktiivisesti lääkkeiden vaikutuksia ja yhteisvaikutuksia sekä tunnistaa yleisimpiä haitta- ja sivuvaikutuksia sekä lääkkeiden väärinkäytön ilmiöitä” (Opetushallitus 2013). Tutkintovaatimusten perusteella ei lähihoitajille näin ollen voitaisikaan asettaa suuria vaatimuksia lääkehoidon hallitsemisen suhteen. Voidaan miettiä, pitäisikö sairaanhoidajia lisätä hoitotyöhön osastoille tai miten osastofarmasiaa voisi hyödyntää tehokkaammin ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tutkituilla osastoilla työskenteli osastofarmaseutti, mutta vaikutelmaksi jäi, ettei hänen ammattitaitoaan osattu hyödyntää. Hoitajat päinvastoin valittivat lääkkeiden tunnistamistaitonsa vähentyneen osastofarmaseutin myötä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunta arvostaa koulutusta: myös pitkän linjan hoitoammattilaiset kaipasivat lisäkoulutusta ja tietojensa päivittämistä. Ihanteellisinta olisi, että kouluttaja olisi talon ulkopuolinen henkilö. Hoitajat kaipasivat kertausta lähinnä muistisairauksista ja muistisairaiden hoitamisesta, mutta lääkehoidon koulutus ja kertaus tulisi nivoa osaksi kokonaisuutta. Farmakologisen osaamisen lisääminen on välttämätöntä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa, koska hoitohenkilökunta on avainasemassa tehtäessä päätöstä tarvittavien lääkkeiden

käytöstä. Vastuu päätöksestä on suuri ja lähihoitajien tutkintovaatimuksissakin mainittu tarkkailutehtävä tärkeä, joten hoitajilla tulisi olla kattavat tiedot lääkkeistä ja niiden käytön kliinisistä seurauksista sekä ikääntyneiden ja muistisairaiden lääkkeidenkäytön erityispiirteistä. Tiedon puute ei saisi vaikuttaa päätökseen kemiallisesta rajoittamisesta tai sen käyttämättä jättämisestä: tämä epäkohta on korjattavissa lisäkoulutuksella.

8.7 Valmisteilla olevan lain merkitys kemialliseen rajoittamiseen

Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan uutta lakia itsemääräämisoikeudesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sosiaali- ja terveydenhuollossa (STM 2013). Uusi laki on tarpeen, sillä nykyiset toimintatavat käytännön hoitotyössä ovat kirjavat. Lakiehdotus ottaa kattavasti kantaa eri rajoittamistoimenpiteisiin. Lakiehdotukseen liittyy myös vaikeita kysymyksiä, kuten missä määrin omaisuuden vahingoittaminen voisi olla syy rajoittaa henkilön itsemääräämisoikeutta, taikka mitä rajoitteita saisi käyttää julkisissa laitoksissa ja mitä yksityisissä hoitopaikoissa. Entä miten kotona tapahtuvaan hoitoon voidaan puuttua? Keinovalikoman pitää olla selkeä, jottei tulkinnanvaraisuus vaaranna potilaan tai hoitajan oikeusturvaa tai tee potilaista keskenään eriarvoisia. Sallituista rajoitustoimista päättäminen on vaikeaa: vaarantaako sallittujen keinojen määrittelemisen jo itsessään itsemääräämisoikeuden?

Suomessa käytetään runsaasti psyykenlääkkeitä vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa (Alanen ym. 2006, Hosia-Randell ja Pitkälä 2005). Uudessa lakiluonnoksessa mainitaan lyhytaikainen rauhoittava lääkitys, mutta sen pitkäaikaisesta käytöstä ei puhuta. Potilaan tai asukkaan liikkumista ja käyttäytymistä on helppo rajoittaa huomaamattomasti rauhoittavilla lääkkeillä, joten myös pitkäaikaiseen käyttöön tulee puuttua. Kemiallisen rajoittamisen määritelmää tulisi tarkentaa ja nostaa sen käyttö aktiiviseen keskusteluun. Kemiallinen rajoittaminen tulisi kirjata hoitokertomuksiin samalla tavoin kun fyysinen: syy, määrääjä, rajoittamistapa, kesto sekä hyötyjen ja haittojen seuranta tulee käydä ilmi. Potilaan tai asiakkaan ollessa hoidossa hänen

hoitotahtoaan tulee pitää kaikin tavoin ensisijaisena ohjenuorana. Mikäli sellaista ei ole, omaisten tai läheisten kanssa on neuvoteltava parhaasta hoitotavasta.

8.8 Kemiallisen rajoittamisen vaihtoehdot

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan Vanhuus ja hoidon etiikka -raportin (2008) mukaisesti eettisesti kestävä hyvä hoito perustuu vanhuksen kohteluun yksilönä. Hoito on suunniteltava kokonaisvaltaisesti eri ammattiryhmien yhteistyönä ottaen huomioon vanhuksen tarpeet, toiveet ja arvot sekä terveydentilan, toimintakyvyn ja läheiset ihmiset. Vanhuksella on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hyvään hoitoon kuuluvat tutut, turvalliset ja ammattitaitoiset toimijat sekä riittävästi aikaa sen toteuttamiseen. Vanhuksen olemassa olevia fyysisiä ja henkisiä kykyjä ja voimavaroja tuetaan ja vahvistetaan. Hyvinvointia ylläpitävät normaalit arjen toimet, joihin osallistumista tulisi tukea ja kannustaa myös pitkäaikaishoidossa. Pitkäaikaisessa hoitopaikassa vanhuksen toiveita, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettava kuin oltaisiin hänen kotonaan.

Erot vanhainkotien rakenteissa, organisaatiossa ja henkilöstön määrässä vaikuttavat asukkaiden levottomuuden esiintymiseen ja psyykenlääkkeiden käyttöön (Testad ym. 2010, Svarstad ja Mount 1991). Ikääntyneet arvostavat tuttua ja kodinomaista elinympäristöä, joka mahdollistaa arjen toimista suoriutumisen. Kodikas, meluton ja selkeä ympäristö lisää ikääntyneen turvallisuuden tunnetta ja ennaltaehkäisee levottomuutta, vaeltelua ja aggressiivisuutta (Liukkonen 1993). Tässä pro gradu -tutkimuksessa kysymys hoitopaikan olosuhteista ei noussut kuitenkaan esiin. Voi olla, että asukkaiden nykyinen hoitoympäristö on jo tarpeeksi kodinomainen ja sitä pidetään itsestäänselvyytenä, joten sen muokkaamista ei katsottu tarpeelliseksi. Pilottihaastattelussa terveyskeskuksen vuodeosastolla asia otettiin esiin, sillä siellä hoitoympäristö on sairaalamainen.

Monista muista kemiallisen rajoittamisen vaihtoehdoista keskusteltiin. Hoitohenkilökunnalla oli selkeä näkemys siitä, että äkillisen sekavuuden tai levottomuuden selvittely täytyy aloittaa fyysisten syiden, kuten kivun tai esimerkiksi

virtsatieinfektion, poissulkemisella. Tämän jälkeen eniten mainintoja kemiallisen rajoittamisen vaihtoehtoista sai asukkaan rauhoittelu ja turvallisuuden tunteen luominen. Hoitajat eivät kavahda läsnäolon ja fyysisen läheisyyden käyttämistä asukkaan rauhoittelussa: tämä vaatii kuitenkin sitä, että hoitajilla on resursseja toteuttaa ”vierihoito”, poiketa osaston rutiineista ja antaa aikaa asukkaalle. Myös tässä yhteydessä hoitajat toivoivat yhteisiä toimintalinjoja, joustoa ja yhteistyötä henkilökunnan kesken.

Virikkeet ja päivärutiinit ovat ikääntyneille tärkeitä. Virikkeen ei välttämättä tarvitse olla suuri, radion kuuntelukin voi riittää. Omatoimisuuden tukeminen koettiin tärkeäksi, ja päiväaikainen ohjelma tuo mielekkyyttä ja sisältöä asukkaiden elämään. Päiväohjelman käytännön toteutuksesta ei kuitenkaan ollut keskusteluryhmissä puhetta. Myöskään vapaaehtoisista avustajista tai omaisten mukanaolosta hoidossa ei keskusteltu. Voisi ajatella, että heidän mukanaolonsa voisi mahdollistaa tai helpottaa esimerkiksi mahdollisesti työläitä ja aikaavieviä ulkoiluja. Myöskään esimerkiksi kaverikoiratoimintaa ei mainittu. Uutisissa on kuitenkin kerrottu esimerkiksi robottihylkeistä tai ”virkakissoista”, jotka rauhoittavat asukkaita ja tuovat heille hyvää mieltä ja jotka ovat tulleet suosituiksi vanhainkotien asukkaiden keskuudessa.

Hoitajat tunnistivat oman asenteen merkityksen hoitotyössä. Hoitajilla on työssään mahdollisuus vääränlaiseen vallankäyttöön tärkeässä asemassaan asukkaan tai potilaan edustajana ja puolestapuhujana. Keskusteluissa kävi ilmi, että asukkaiden saama hoito ja hoitajien tekemät ratkaisut olivat paljolti kiinni kyseisen hoitajan asenteesta. Keskustelujen perusteella hoitohenkilökunta välittää aidosti asukkaista toimien heidän parhaakseen ja miettien parhaita ratkaisuja ja vaihtoehtoja heidän kannaltaan. Resurssien puute voi kuitenkin aiheuttaa turvautumisen rajoittamistoimenpiteisiin, vaikka hyvää tahtoa olisi.

Vanhoja, jumiutuneita toimintamalleja ja -tapoja tulisi tuulettaa ja uudistaa. Uudet työntekijät ovat usein herkkiä havaitsemaan parannuskohteita työpaikan toimintatavoissa tai työskentely-ympäristössä, joten heitä tulisi kuunnella

ennakkoluulottomasti. Myös yhteiset aivoriihet tai työnkierto voisivat olla hedelmällisiä keinoja positiivisten muutosten aikaansaamiseksi.

8.9 Jatkotutkimukset

Tutkimusta voisi jatkaa ja laajentaa haastattelemalla useampia hoitajaryhmiä. Keskusteluryhmien kokoonpanoissa olisi hyvä olla hoitajia mahdollisimman monilta eri osastoilta, ja sairaanhoitajien mukanaolo ryhmissä olisi tärkeää. Tutkimuksessa voisi pureutua syvemmin lääkkeisiin ja niiden käyttöön. Tutkimusta voisi myös laajentaa akuutti- ja päivystysosastoille ja haastatella lääkäreitä.

9. JOHTOPÄÄTÖKSET

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa käytetään paljon psyykenlääkkeitä, joista suuri osa on käytössä listalääkkeinä. Hoitajat voivat olla epävarmoja tiedoistaan lääkkeiden ja lääkehoidon suhteen. Farmakologisen osaamisen lisääminen vanhusten pitkäaikaishoidossa on välttämätöntä, tapahtuu se sitten hoitohenkilökunnan tietotaitoa tai moniammatillista yhteistyötä lisäämällä. Tiedon puute ei saa vaikuttaa päätöksiin kemiallisen rajoittamisen käyttämisestä.

Kemiallinen rajoittaminen ei ole käsitteenä yksiselitteinen hoitohenkilökunnalle. Kemiallinen rajoittaminen on eettisesti monimutkaista, sillä sen käytön perustelut ja vaikutukset ovat vahvasti tilannesidonnaisia. Hoitajien mielestä kemiallinen rajoittaminen on oikeutettua, kun halutaan taata asukkaiden turvallisuus tai helpottaa heidän ahdistunutta oloaan. Hoitajat puolustivat kemiallisen rajoittamisen käyttämistä myös niissä tilanteissa, joissa työnteosta ei muuten tulisi mitään. Työnteon tulisi olla mahdollista ilman, että asukkaita joudutaan rajoittamaan, mutta aina näin ei ole.

Yhteisten toimintalinjojen ja -periaatteiden puute osastoilla aiheuttaa hämmennystä ja variaatioita kemiallisen rajoittamisen käyttämisessä. Hoitohenkilökunta on

avainasemassa päätettäessä kemiallisesta rajoittamisesta: sen käyttämisen tai käyttämättä jättämisen ei kuitenkaan tule riippua työvuorossa olevasta hoitajasta. Kemiallinen rajoittaminen on tilannesidonnaista, mutta lain ja laitoksen ohjeiden tulisi asettaa kehykset sen käytölle. Yleisten linjausten vaaditusta turvallisuustasosta ja kemiallisen rajoittamisen käyttämisestä tulee olla selviä kaikille henkilökuntaan kuuluville. Yhteistyötä ja yhteistä aiheeseen liittyvää keskustelua, missä kaikki hoitajat ja osaston lääkäri ovat läsnä, kaivattiin ja sitä tulee lisätä.

Hoitohenkilökunnan koulutusta tulee lisätä. Farmakologinen koulutus ja koulutus muistisairaahan hoitamisesta ovat prioriteettilistan kärjessä.

Hoitajat nimesivät monia vaihtoehtoja kemialliselle rajoittamiselle. Hoitajan asenne ja senhetkinen tilanne osastolla määräävät, missä määrin vaihtoehtoisia toimintatapoja käytettiin. Koulutuksen avulla voidaan tuottaa lisää vaihtoehtoja kemialliselle rajoittamiselle ja herättää henkilökuntaa huomaamaan uusia tai unohtuneita toimintatapoja.

Tuleva lakiuudistus asukkaan, asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeudesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sosiaali- ja terveydenhuollossa asettaa uudet vaatimukset, haasteet ja suuntaviivat hoitotyölle. Laki on onnistuessaan yksiselitteinen, oikeudenmukainen ja riittävässä määrin joustava. Tällainen laki on vaativa tehdä, joten lopputulosta ja sen toimintaa käytännössä jää mielenkiinnolla odottamaan.

10. KIRJALLISUUSLUETTELO

Ahonen J: Iäkkäiden lääkehoito - vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, 2011

Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E: Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: A three-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 21(3): 288-295, 2006

Alanen HM, Santala M, Leinonen E: Psykoosilääkkeet dementiapotilaan hoidossa - hyötyä vai haittaa? *Suomen Lääkärilehti* 35: 3459-3463, 2006

Alexopoulos G, Streim J, Carpenter D, Doherty J: Expert consensus panel for using antipsychotic drugs in older patients. *J Clin Psychiatry* 65(2): 5-99, 2004

Aveyard H, Woolliams M: In whose best interests? Nurses' experiences of the administration of sedation in general medical wards in England: An application of the critical incident technique. *Int J Nurs Stud* 43: 929-939, 2006

Avorn J, Gurwitz JH: Drug use in the nursing home. *Ann Intern Med* 123: 195-204, 1995

Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D, Salem-Schatz SR, Fields D: A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med* 327(3): 168-173, 1992

Banerjee S, Dickinson E: Evidence based health care in old age psychiatry. *Int J Psych in Medicine* 27(3): 283-292, 1997

Banning M. 2005. Conceptions of evidence, evidence-based medicine, evidence-based practice and their use in nursing: independent nurse prescribers' views. *Journal of Clinical Nursing* 14(4), 411-417

Beardsley RS, Larson DB, Burns BJ, Thompson JW, Kamerow DB: Prescribing of psychotropics in elderly nursing home patients. *JAGS* 37: 327-330, 1989

Cohen-Mansfield J: Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory, 1991. Haettu 15.10.2013 internetistä: http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/CMAI_Manual.pdf

Cohen-Mansfield J, Culpepper W, Werner P: The relationship between cognitive function and agitation in senior day care participants. *Int J Ger Psych* 10(7): 585-595, 1995

Dewing J: Responding to agitation in people with dementia. *Nurs Older People* 22(6): 18-25, 2010

Eskola J, Suoranta J: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere, 1998

Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B,: A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 45(6): 675-681, 1997

Everitt MD, Fields DR, Soumerai SS, Avorn J: Resident behavior and staff distress in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 37: 65-74, 1991

Fick DM, Cooper JM, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH: Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med* 163 (8/22): 2716-2725, 2003

Fletcher K: Use of restraints in the elderly. *AACN Clin Issues* 7(4): 611-620, 1196

Fossey J, Ballard C, Juszcak E: Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomized trial. *BMJ* 332: 756-761, 2006

Gurvich T, Cunningham JA: Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. *Am Fam Physician* 1;61 (5): 1437-1446, 2000

Hantikainen V: Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making in restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs* 10: 246-256, 2001

Hantikainen V, Käppeli S: Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *J Adv Nurs* 32(5): 1196-1205, 2000

Hardin SB, Magee R, Stratmann D, Vinson MH, Owen M, Hyatt EC: Extended care and nursing home staff attitudes toward restraints. Moderately positive attitudes exist. *J Gerontol Nurs* 20(3): 23-31, 1994

Hartikainen S, Seppälä M: Vanhuksen lääkityksen tarve on arvioitava kerran vuodessa. *Suomen Lääkärilehti* 62 (51-52): 4762-4767, 2007

Hartikainen S: Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. *Duodecim* 123: 2571-2577, 2007

Hassel K & Hibbert D: Focus Groups in Pharmacy Research. *J of Social and Administrative Pharmacy* 13 (4): 169-177. 1996

Hirsjärvi S, Hurme H: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä, Tallinna 2011

Holmqvist IB, Svensson B, Höglund P: Psychotropic drugs in nursing- and old-age homes: relationships between needs of care and mental health status. *Eur J Clin Pharmacol* 59: 669-676, 2003

Hosia-Randell H, Pitkälä K: Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Int Psychoger* 22(9): 793-800, 2005

Howland RH: Prescribing psychotropic medications for elderly patients. *J Psychosoc Nurs* 47(11): 17-20

Hughes R: Chemical restraint in nursing older people. *Nurs Older People* 20 (3): 33-38, 2008

Huttunen, MO: Psykenlääkeopas. Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy, Hämeenlinna, 2008

Hyvinkään kaupunki: Vanhainkodit ja palvelutalot. Haettu 10.9.2013 internetistä: <http://hyvinkaa.fi/fi/Perhe--ja-sosiaalipalvelut-a/ikaihminen-palvelut1/Vanhainkodit-ja-palvelutalot/Vanhainkodit/#.UIWprhCz7pw>

Hämeen-Anttila K, Katajavuori N: Haastattelututkimus. Kirjassa: Yhteiskunnallinen lääketutkimus - ideasta näyttöön, ss. 138-164. Gaudeamus Helsinki University Press/Palmenia, Tampere, 2008

Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen, Ruotsi. Haettu 2.10.2012 internetistä: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>

Iäkkäiden lääkityksen tietokanta/ Fimea. Haettu 20.9.2012 internetistä: http://www.fimea.fi/laaketieto/laakehoitojen_arviointi/iakkaiden_laakityksen_tietokanta

Jyrkkä Johanna: Drug use and polypharmacy in elderly persons. Dissertations in Health Sciences 47. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio, 2011.

Kamble P, Chen H, Sherer J, Aparasu RR: Antipsychotic drug use among elderly nursing home residents in the United States. *Am J Geriatr Pharmacother* 6(4): 187-197, 2008

Karppila A: Kemiallinen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tutkimussuunnitelma. Turun yliopisto. Yleislääketieteen oppiaine. 2012

Karlsson S, Bucht G, Eriksson S: Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc* 49: 1722-1728, 2001

Kirkevold O, Engedal K: Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *BMJ* 330(7481): 20-22, 2005

Kivelä S-L, Koistinen L: Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. *Suomen lääkirlehti* 65(7): 593-598, 2010

Kivelä S-L, Räihä I: Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Lääkelaitos ja KELA, 2007

Kow JV, Hogan DB: Use of physical and chemical restraints in medical teaching units. *CMAJ* 162(3): 339-340, 2000

Kwasny P, Hagen B, Armstrong-Esther C: Use of major and minor tranquilizers with

older patients in an acute care hospital: an exploratory study. *J Adv Nurs* 55: 135-141, 2006

Kylmä J, Juvakka T: Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki, 2012

Larrayadieu A, Van Kan GA, Piau A, Soto Martin M, Nourhashemi F, Rolland Y, Vellas B: Associated factors with antipsychotic use in assisted living facilities: a cross-sectional study of 4367 residents. *Age and Ageing* 40: 368-375, 2011

Lee DTF, Chan MC, Tam EPY, Yeung WSK: Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 29(1): 153-159, 1999

Liukkonen A, Laitinen P: Reasons for uses of physical restraint and alternatives to them in geriatric nursing: a questionnaire study among nursing staff. *J Adv Nurs* 19: 1082-1087, 1994

Liukkonen A: Fyysisten pakotteiden käyttö vanhusten hoidossa hoitajien kokemana. *Gerontologia* 7(3): 188-195, 1993

Lääketietokeskus: Pharmaca Fennica 2013

Lönnerroos E: Lisäävätkö lääkkeet iäkkäiden kaatumisriskiä? *Sic* 1: 18-21, 2013

McGrath AM, Jackson GA: Survey of neuroleptic prescribing in residents of nursing homes in Glasgow. *BMJ* 312: 611-612, 1996

Mott S, Poole J, Kenrick M: Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice* 11(3): 95-101, 2005

Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2010. Haettu 2.10.2012 internetistä:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044#s1>

Nay R, Koch S: Overcoming restraint use: examining barriers in Australian aged care facilities. *J Gerontol Nurs* 32(1): 33-38, 2006

Nurminen J, Puustinen J, Kukola M, Kivelä S-L: The use of chemical restraints for older long-term hospital patients: a case report from Finland. *J of Elder Abuse Negl* 21: 89-104, 2009

Oborne CA, Hooper R, Li KC, Swift CG, Jackson SHD: An indicator of appropriate neuroleptic prescribing in nursing homes. *Age Aging* 31: 435-439, 2002

Omnian ammattiopisto: Lähihoitajan koulutussuunnitelma. Haettu 10.9.2013 internetistä:
<https://www.omnia.fi/documents/31991/33187/L%C3%A4hihoitaja+opetussuunnitelmat>

Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. Department of Health and Human Services. Medicare and Medicaid: Regulations for long-term care facilities. Fed Reg 1989, 54.5322

Opetushallitus: Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon (lähihoitaja) ammatillisen perustutkinnon perusteet. Haettu 9.10.2013 internetistä:
http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf

Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A: Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. Med Care 44 (12): 1114-1120, 2006

Pellfolk TJE, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S: Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. JAGS 58: 62-69, 2010

Pitkälä K, Hosia-Randell H, Raivio M, Savikko N, Strandberg T: Vanhuksen lääkehoidon karikoita. Duodecim 122: 1503-1512, 2006

Pitkälä K, Laurila J, Strandberg T, Tilvis R: Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with nursing homes and in acute geriatric wards. Int Psychogeriatrics 16 (1): 61-74, 2004

Poole J, Mott S: Agitated older patients: nurses' perceptions and reality. Int J Nurs Pract 9: 306, 2003

Ray WA, Federspiel CF, Schaffner W: A study of antipsychotic drug use in nursing homes: epidemiologic evidence suggesting misuse. AJPH 70(5): 485-491, 1980

Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Lichtenstein MJ, Griffin MR, Fought R, Adams ML, Blazer DG: Reducing antipsychotic drug use in nursing homes: a controlled trial of provider education. Arch Intern Med 153(6): 713-721, 1993

Ruths S, Straand J, Nygaard HA: Psychotropic drug use in nursing homes – diagnostic indications and variations between indications. Eur J Clin Pharmacol 57: 523-528, 2001

Saarnio R: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede, Oulun yliopisto, 2009

Silverman D: Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. SAGE Publications Ltd, Lontoo, 2000

Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tangen C: Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia. Impact of specialized

units. JAMA 265 (10): 1278-1282, 1991

Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmermann S: Medication undertreatment in assisted living settings. Arch Intern Med 164: 2031-2037, 2004

Sosiaali- ja terveysministeriö: Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. Kuntainfo 6/2007. Haettu 13.10.2013 internetistä: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1236539>

Sosiaali- ja terveysministeriö: Itsemääräämisoikeuslaki painottaa ennakkointia ja rajoitusten käytön vähentämistä. Tiedote 145/2013. Haettu 5.11.2013 internetistä: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1861337#fi>

Stevenson DG, Decker SL, Dwyer LL, Huskamp HA, Grabowski DC, Metzger ED, Mitchell SL: Antipsychotic and benzodiazepine use among nursing home residents: Findings from the 2004 national nursing survey. Am J Geriatr Psychiatry 18 (12): 1078-1092, 2010

Stratmann D, Hite Vinson M, Magee R, Hardin SB: The effects of research on clinical practice: the use of restraints. Appl Nurs Res 10(1): 39-43, 1997

Strumpf NE, Evans LK: Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. Nursing Research 37(3): 132-137, 1988

Suen LK, Lai CK, Wong TK: Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes, and predictors. J Adv Nurs 55: 20-28, 2006

Svarstad BL, Mount JK: Nursing home resources and tranquilizer use among the institutionalized elderly. J Am Geriatr Soc 39(9): 869-875, 1991

Sørensen L, Foldspang A, Gulmann NC, Munk-Jørgensen P: Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. Int J Geriatr Psychiatry 16: 147-154, 2001

Tampereen ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitotyö. Haettu 9.10.2013 internetistä: <http://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/91/13HOTY>

Testad I, Auer S, Mittelman M, Ballard C, Fossey J, Donabauer Y, Aarsland D: Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. Int J Geriatr Psychiatry 25: 725-731, 2010

Testad I, Aarsland AM, Aarsland D: The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry 20: 587-590, 2005

THL: Potilasturvallisuus- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Haettu 10.9.2013 internetistä: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4ce407ff-c338-485c-8ed8-8fe28cd7cb6c>

THL: Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012. Haettu 31.12.2014 internetistä: http://www.thl.fi/fi/FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/laitos_ja_asumispalvelut

Thurmond, JA: Nurses' perceptions of chemical restraint use in long-term care. *Appl Nurs Res* 12(3): 159-162, 1999

Vanhusten psyykkiset häiriöt. Terapia Fennica. Kandidaattikustannus Oy, toim. Mäyränpää M. Haettu 14.10.2012 internetistä:
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psyykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t

Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. STM, Helsinki 2008. *J Adv Nurs* 35: 784-791, 2001

Wagner A, Logsdon R, Pearson J: Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. *Aging Ment Health* 1(2): 1332-139, 1997

Werner P, Mendelsson G: Nursing staff members' intention to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. *J Adv Nurs* 35(5): 784-791, 2001

Whitehead C, Finucane P, Henschke P, Nicklason F, Nair B: Use of patient restraints in four Australian teaching hospitals. *J Qual Clin Pract* 17 (3): 131-136, 1997

1. Abilify (aripripratsoli)
2. Absenor, Deprakine, Orfiril (valproiinihappo)
3. Anafranil (klomipramiini)
4. Anksilon, Buspiron (buspironi)
5. Apydan, Trileptal (okskarbatsepiini)
6. Ardinex (kodeiini)
7. Aricept, Doneratio, Donepezil (donepetsiili)
8. Atarax (hydroksitsiini)
9. Aurorix, Moclobemid (moklobemidi)
10. Azona (tratsodoni)
11. Ciprallex, Escitalopram (essitalopraami)
12. Cipramil, Citalopram, Sepram (sitalopraami)
13. Circadin, Melatoniini (melatoniini)
14. Cisordinol (tsuklopentiksoli)
15. Cocillana (etyylimorfiini)
16. Codesan comp, Sir Ephedrin (opiumjohdokset)
17. Cymbalta (duloksetiini)
18. Diapam, Diazepam, Medipam, Stesolid (diatsepaami)
19. Dolmed (metadoni)
20. Dormicum, Midazolam (midatsolaami)
21. Dormiplant, Sedonium (valeriaana)
22. Doxal (doksepiini)
23. Durogesic, Fentanyl, Matrifen, Instanyl (fentanyyli)
24. Ebixa, Axura (memantiini)
25. Efexor, Venlafaxin (venlafaksiini)
26. Exelon, Rivastigmin (rivastigmiini)
27. Fevarin (fluvoksamiini)
28. Fluanxol (flupentiksoli)
29. Frisium (klopatsaami)
30. Gabapentin, Neurontin (gabapentiini)
31. Halcion (triatsolaami)
32. Hydantin (fenytoiini)
33. Imovane, Zopiclone, Zopinox (tsopikloni)
34. Insomin (nitratsepaami)
35. Ixel (milnasipraani)
36. Keppra (levetirasetami)
37. Klorproman (klooripromatsiini)
38. Lamictal (lamotrigiini)
39. Leponex, Froidir, Clozapin (klotsapiini)
40. Levozin, Nozinan (levomepromatsiini)
41. Librax (klidiniini ja klooridiatsepoksidi)
42. Lito (litium)
43. Lyrica (pregabaliini)
44. Melpax (melperoni)
45. Morphin, Depolan, Dolcontin (morfiini)
46. Neulactil (perisiatsiini)

47. Neurotol, Tegretol (karbamatsepiini)
48. Noritren (nortriptyliini)
49. Norspan (buprenorfiini)
50. Opamox, Oxamin (oksatsepaami)
51. Oxynorm, Oxycontin, Oxycodone, Oxanest (oksikodoni)
52. Palladon (hydromorfon)
53. Panacod, Paraceon-Kod, Paramax-Cod, Codaxol (kodeiinin yhdistelmävalmisteet)
54. Peratsin (perfenatsiini)
55. Remeron, Mirtazapine (mirtatsapiini)
56. Reminyl, Galantamil (galantamiini)
57. Risolid (klooridiatsepoksidi)
58. Risperdal, Risperidone (risperidoni)
59. Rivatril (klonatsepaami)
60. Serdolect (sertindoli)
61. Serenase (haloperidoli)
62. Seronil, Fluoxetin (fluoksetiini)
63. Seroquel, Ketipinor, Quetiapin (ketiapiini)
64. Seroxat, Optipar (paroksetiini)
65. Somnor, Stella, Stilnoct (tsolpideemi)
66. Sonata (tsaleploni)
67. Stemetil (proklooriperatsiini)
68. Suprium (sulpiridi)
69. Surmontil (trimipramiini)
70. Targiniq (oksikodoni)
71. Temesta, Lorazepam (loratsepaami)
72. Temgesic (buprenorfiini)
73. Tenox, Temazepam (tematsepaami)
74. Tolvon, Miaxan (mianseriini)
75. Topimax, Topiramat (topiramaatti)
76. Tradolan, Tramadin, Tramadol, Tramal (tramadoli)
77. Triptyl (amitriptyliini)
78. Truxal (klooriprotikseeni)
79. Vimpat (lakosamidi)
80. Voxra, Zyban (bupropioni)
81. Xanor, Alprox (alpratsolaami)
82. Zeldox, Ziprasidon (tsiprasidoni)
83. Zoloft, Setralin (sertraliini)
84. Zyprexa, Olanzapine (olantsapiini)
85. Muu lääke, mikä: _____
86. Ei mitään mainituista lääkkeistä



PKV-lääkkeiden käyttö ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Hoitajien näkökulma -tutkimuksen informaatiolomake

Olen 5. vuosikurssin proviisoriopiskelija ja tutkin pro gradu-työnäni hoitajien kokemuksia ja näkökulmia ikääntyvien pitkäaikaishoitajien PKV-lääkkeiden käytöstä pitkäaikaishoidossa. Tutkimukseen osallistumalla olet mukana kehittämässä ikääntyneiden turvallista lääkehoitoa sekä toimintakäytäntöjä maassamme. Tutkimus liittyy itsenäisenä osana LL Anni Karppilan tutkimukseen "Psykykeen vaikuttavien lääkkeiden käyttö ikääntyneillä."

Tutkimus toteutetaan noin viiden hengen ryhmäkeskusteluina helmikuun aikana (kesto noin 1 tunti). Keskusteluajat sovitetaan työajan lomaan. Keskustelut ovat vapaamuotoisia eikä niissä testata osallistujien lääketietämystä tai osaamista. Osallistujat pysyvät nimettöminä ja keskustellut asiat käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tulokset raportoidaan niin, ettei niistä ole tunnistettavissa yksittäisten osallistujien mielipiteitä tai tietoja.

Toivon, että tulet keskustelemaan kokemuksistasi käytännön työstä!

Ilmottautuminen/lisätiedot sähköpostitse tai puhelimitse

anna-mari.valkohaapa@helsinki.fi

p. 0405317398

Ystävällisin terveisin

Anna-Mari Valkohaapa
esh, farmaseutti

PKV-lääkkeiden käyttö ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Hoitajien näkökulma

- Pkv-lääkkeiden käytöstä (vanhusten pitkäaikaishoidossa) puhutaan nykyään paljon. Mikä tuntuma aiheeseen?
- Lista lääkkeistä. Mitkä lääkkeet käytössä ja miksi?
- Potilastapauksen esittely.
 - o mitä tilanteessa voisi tehdä? miksi?
 - o mitä tilanteessa todellisuudessa tehtiin
 - o olivatko tehdyt ratkaisut hyviä/toimivia? mitä olisi voitu tehdä toisin ja miten?
 - o yhteistyö lääkärin kanssa
- Omia potilasesimerkkejä
- Kemiallinen rajoittaminen, mitä se on?
 - o määritelmän avaaminen
- Lääkelista kemiallisen rajoittamisen näkökulmasta - mitkä lääkkeet toimivat ja miksi, jos potilasta joudutaan rajoittamaan?
- Mikä kemiallisen rajoittamisen suhde on fyysiseen rajoittamiseen?
- Mitä ajatuksia kemiallinen rajoittaminen herättää?
 - o mitä mieltä olette? oikein/väärin?
 - o miten potilasta informoidaan?
- Millä tavalla pkv-lääkkeiden käytöstä keskustellaan työyhteisössä? Entä miten kemiallista rajoittamista käsitellään työyhteisössä?
- Miten pkv- lääkkeiden käyttöä ja kemiallista rajoittamista voisi vähentää?

81-vuotias rouva oli asunut palvelukeskuksessa muistisairaiden osastolla puolen vuoden ajan. Aikaisemmin oli todettu Alzheimerin tauti, sepelvaltimotauti, verenpainetauti, tyypin II diabetes, kihti, kaihi ja masennusta. Lääkityksenä oli Ebixa 10 mg x 1, Emconcor 5 mg 1 x 2, Cardace 10 mg x 1, ASA 100 mg x 1, Diformin 500 mg 1 x 3, Zopinox 7,5 mg ½ x 1, Mirtazapin 7,5 mg x 1. Liikuntakyky oli hyvä, rouva pystyi kävelemään ilman apuvälineitä ja siirtymätilanteet sujuivat itsenäisesti. Muisti oli heikko, MMSE:stä oli rouva saanut kuukautta aikaisemmin 11/30 pistettä. Puheenaiheet olivat paljolti rouvan lapsuudesta, ajoittain ei muistanut tyttärensä olemassaoloa mutta tunnisti tämän kuitenkin vierailuilla.

Sitten rouva muuttui levottomammaksi. Päivällisen jälkeen hän alkoi kulkemaan osastolla etsien ulospääsyä ja kyseli kotiaan. Hänet ohjattiin pois ulko-ovilta ja pyrittiin ohjaamaan huomiota muihin asioihin. Iltalääkkeiden jälkeen hän kuitenkin nukahti. Ongelma paheni seuraavina päivinä, rouva oli levoton ja muuttui aggressiiviseksi, tarrautui hoitajiin ja paukutti ovea.

Mitä tekisit? Millainen käytäntö on osastolla?

Mitä tehtiin? Potilaasta otettiin PLV-näyte, koska epäiltiin virtsatieinfektiota, liuskakokeessa ei ollut tulehdukseen viittavaa. Mitattiin lämpö, joka oli 36,4. Soitettiin päivystävälle lääkärille koska oli viikonloppu. Päivystäjä määräsi Serenasea 2,5 mg x 1 iltaan. Rouva nukahti lääkkeen saatuaan, mutta oli aamulla tokkurainen ja jalaton. Maanantaina soitettiin osastojen lääkärille, joka aloitti Risperdal lääkityksen annoksella 0,25 mg x 1 Alzheimerin tautiin liittyvien käytösoireiden vuoksi. Serenase lopetettiin.

Mitä mieltä olet?

Mitä asioita olisi hyvä ottaa huomioon?

(Mitä voisi tapahtua jatkossa? Risperdalin aloituksen jälkeen oireilu rauhoittui. Seuraavalla lääkärin käyntiajalla katsottiin rouvan tilannetta tarkemmin. Ohjelmoitiin verenpaineseuranta korkean iän ja runsaan verenpainelääkityksen vuoksi, koska tiedossa on että liian matala verenpaine voi aiheuttaa sekavuutta. Ohjelmoitiin peruslaboratoriokokeita mm. anemian, munuaisten vajaatoiminnan ja kilpirauhasongelmien poissulkuun. Ohjelmoitiin sokeriseuranta, koska matalat sokeriarvot aiheuttavat sekavuutta. Verenpaine oli seurannassa matala ja lääkitystä kevennettiin. Laboratoriokokeissa ei todettu selittävää ja munuaisten toiminta oli normaalia. Verensokeriarvot olivat korkeita, kokonaistilanne huomioiden tyydyttiin tähän. Huomattiin, että Alzheimerin taudin lääkitys ei ollut hoitotasolla ja Ebixan annos nostettiin portaittain 20 mg:aan. Sovittiin, että Risperdalin tarvetta arvioidaan kk kuluttua uudelleen ja samalla tehdään lopettamissuunnitelma Zopinoxista, joka on muistisairaalle ikääntyneelle sopimaton lääke.)

**Hoitajien suhtautuminen pääasiassa keskushermostoon
vaikuttavien lääkkeiden käyttöön ikääntyneiden
pitkäaikaishoidossa**

Haastattelututkimus hoitajille. Taustatietolomake

PVM

Koulutus nykyiseen työhösi

Valmistumisvuosi

Työkokemus (vv, kk) koulutusta vastaavassa työssä

Työkokemus vanhusten hoitotyössä

Työkokemus tämänhetkisessä työyksikössä

Mahdollinen muu koulutus

Kyselyyn vastattu kyllä/ei

ESITTELY

- Tutkimuksen ja tutkijoiden esittely. Tutkijan puolueettomuuden ja neutraaliuden korostaminen
- Ryhmähaastattelut ovat tiettyjen teemojen ympärille rakentuneita ryhmäkeskusteluita
- Ei ole oikeita tai väärä vastauksia. Kaikki näkökulmat yhtä tärkeitä! Myös eriävät mielipiteet arvokkaita
- Salassapito ja luottamuksellisuus
- Perustelut nauhoittamiseen
- Osallistujia pyydetään välttämään toistensa päälle puhumista
- Suostumuslomakkeen täyttäminen
- Taustatietolomakkeen täyttäminen



SUOSTUMUS

TUTKIMUS PKV-LÄÄKKEIDEN KÄYTÖSTÄ IKÄÄNTYNEIDEN PITKÄAIKAISHOIDOSSA. HOITAJIEN NÄKÖKULMA

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa PKV-lääkkeiden käyttöä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa (hoitajien näkökulma) selvittävästä haastattelututkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Tutkimukseen osallistuminen sisältää nauhoitettavan haastattelun, johon annan suostumukseni. Olen myös tietoinen, että tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia haastattelustani, mutta minua ei kuitenkaan voida tekstistä tunnistaa.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Tiedän myös, että haastattelussa ja sen yhteydessä kerätyt tiedot käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti.

Edellä mainitut seikat huomioiden olen halukas osallistumaan kyseiseen tutkimukseen.

Hyvinkäällä

Haastateltavan allekirjoitus / Nimen selvennys

Lupaän käsitellä tiedot luottamuksellisesti ja raportoida tulokset niin että yksittäisen haastateltavan tiedot eivät ole tunnistettavissa.

Tutkijoiden allekirjoitus / Nimenselvennys

